

.....
(nazwa i pieczęć oferenta)

OFERTA

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/ 2/2025** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na:
**udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej z
Pododdziałem Urologicznym SP ZOZ w Sanoku w zakresie kontraktowych dyżurów medycznych.**

DANE IDENTYFIKACYJNE OFERENTA

Nazwa Oferenta	
REGON	
NIP	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Ulica, nr lokalu	
Telefon kontaktowy	
adres e-mail	
Wpis do właściwego rejestru (nazwa i numer)	
Numer prawa wykonywania zawodu Nr konta bankowego	
Specjalizacja	
Informacje dodatkowe	

.....
data

.....
podpis i pieczęć osoby upoważnionej do
reprezentowania Oferenta

Składam ofertę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych jak poniżej i proponuję:

- A) Dyżur medyczny** w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach od 15.05. do 7.30 następnego dnia i/lub w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 7.30 do 7.30 dnia następnego –
w zł/h

stawka, zł

(słownie zł)

W zakresie kolejnych kryteriów (w kolejności: jakość, kompleksowość, dostępność oraz ciągłość) oświadczam, iż:

- a.** W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania posiadam letnie doświadczenie zawodowe.

* W przypadku podmiotu leczniczego, w imieniu którego świadczeń udzielać będą lekarze – pracownicy / podwykonawcy wskazać dane pracownika / podwykonawcy o najwyższym doświadczeniu.

- b.** Posiadam następujące kwalifikacje zawodowe (specjalizacja/e, tytuły i stopnie naukowe):

.....
.....
.....

** W przypadku podmiotu leczniczego, w imieniu którego świadczeń udzielać będą lekarze – pracownicy / podwykonawcy wskazać dane pracownika / podwykonawcy o najwyższych kwalifikacjach.

- c.** W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązuje się do udzielania świadczeń w następującym **minimalnym zakresie** (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X” lub opisanie w punkcie 4):

1. co najmniej trzy dyżury medyczne w każdym miesiącu –
2. co najmniej pięć dyżurów medycznych w każdym miesiącu –
3. co najmniej siedem dyżurów medycznych w każdym miesiącu –
4. w ilości większej niż 8 dyżurów medycznych w każdym miesiącu –

- d.** W zakresie wymiaru dni – w związku z realizacją przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):

1. tylko w dni powszednie –
2. tylko w weekendy i dni świąteczne –
3. w dni powszednie, weekendy i dni świąteczne –

Każda Oferta musi zawierać dyspozycję Oferenta (Przyjmującego zamówienie) dla wyżej wskazanych kryteriów oceny (tj. jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość). Brak dyspozycji dla którychkolwiek kryteriów oceny będzie skutkowało automatycznie odrzuceniem takiej Oferty.

Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych na okres minimum **24** miesięcy lub dłuższy .
.....(podać ilość miesięcy)

Akceptuje termin zapłaty wynagrodzenia :

1. 21 dni od daty doręczenia prawidłowo wystawionej faktury (*dot. lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnej praktyki*),
2. Dnia* - (*dot. podmiotów leczniczych zapewniających udzielanie świadczeń przez podwykonawców*)

* - przypadający po 21 dniu miesiąca z zachowaniem terminu dostarczenia faktury co najmniej do 8 dnia miesiąca. W przypadku niezachowania terminu dostarczenia faktury termin zapłaty ulega wydłużeniu o liczbę dni opóźnienia w doręczeniu prawidłowo wystawionej faktury

W załączeniu przedkładam (zaznaczyć właściwe dla podmiotu składającego ofertę) :

1. **Załącznik nr 1 - Oświadczenie nr 1 – w zakresie ZUS , US.**

(np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych);

- 5) administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
- 6) mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

1. Państwa dane osobowe będą przechowywane do momentu określonego w przepisach odrębnych a w przypadku podpisania umowy – do upływu okresu przedawnienia wynikającego z ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny;
2. przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przeniesienia danych oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
3. podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do zawarcia umowy. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak realizacji umowy;
4. administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

.....
data

.....
podpis i pieczęć osoby upoważnionej do
reprezentowania Oferenta