

.....  
nazwa i pieczęć oferenta

## OFERTA – ZADANIE 1

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/23/2025** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na: **udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej z Pododdziałem Urologicznym SP ZOZ w Sanoku z podziałem na zadania:**

**Zadanie 1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej z Pododdziałem Urologicznym w godzinach normalnej ordynacji Szpitala, w tym wykonywanie zabiegów**

### 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) |  |
| Nr konta bankowego                          |  |
| Numer prawa wykonywania zawodu              |  |
| Specjalizacja                               |  |
| Informacje dodatkowe                        |  |

.....  
data

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

**Składam ofertę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych jak poniżej i proponuję:**

Wynagrodzenie (Cena):

**1.** Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej z Pododdziałem Urologicznym w godzinach normalnej ordynacji Szpitala (od godz. 7:30 do 15:05 w dni powszednie), oferuję **stawkę godzinową w wysokości: .....** **zł brutto**

(słownie: .....) )

**2.** Za wykonywanie zabiegów w godzinach normalnej ordynacji – w przypadku pełnienia roli **operatora**, oferuję **stawkę zabiegową w wysokości: .....** % od kwoty należnej według rozliczenia stosowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia przy finansowaniu świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych za tego rodzaju świadczenia dla danej procedury

(słownie: .....) )

**3.** Za wykonywanie zabiegów w godzinach normalnej ordynacji – w przypadku pełnienia roli **asystenta**, oferuję **stawkę zabiegową w wysokości: .....** % od kwoty należnej według rozliczenia stosowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia przy finansowaniu świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych za tego rodzaju świadczenia dla danej procedury

(słownie: .....) )

**UWAGA – należy wypełnić wszystkie opcje dla stawki godzinowej i zabiegowej.**

**Wynagrodzenie określone na podstawie pkt. 1-3 uwzględnia wszystkie koszty, jakie ponosi Przyjmujący Zamówienie w ramach realizacji przedmiotowego zamówienia.**

**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.

**b.** Posiadam następujące kwalifikacje zawodowe (specjalizacja/e, tytuły, stopnie naukowe, certyfikaty, kursy specjalistyczne - udokumentowane)

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

**c.** W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązuje się do realizacji przedmiotu zamówienia w dni powszednie w godzinach normalnej ordynacji w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej z Pododdziałem Urologicznym we wskazanym poniżej minimalnym zakresie (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):

- 1. cztery dni** w tygodniu – .....
- 2. pięć dni** w tygodniu – .....

**d.** W związku z realizacją przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do realizacji przedmiotu zamówienia – udzielania świadczeń zdrowotnych w godzinach normalnej ordynacji, we wskazanym poniżej minimalnym zakresie (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):

- 1. w różne dni tygodnia** – .....
- 2. w stałe (te same) dni tygodnia** – .....

**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.**



- administratora, w tym dochodzenia roszczeń przez SP ZOZ w Sanoku;
4. dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (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. okres przetwarzania Państwa danych osobowych będzie uzależniony od podstawy prawnej ich przetwarzania - dane będą przetwarzane przez okres wymagany przepisami prawa (np. w celu prowadzenia sprawozdawczości finansowej i podatkowej oraz archiwizacji dokumentacji postępowania) lub okres przedawnienia roszczeń;
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*