

.....  
nazwa i pieczęć oferenta

### OFERTA (Zadanie 1)

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/24/2025** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na: **udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Wewnętrznym SP ZOZ w Sanoku z podziałem na zadania:**

**Zadanie 1. – Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w Oddziale Wewnętrznym SPZOZ w Sanoku, wraz z pełnieniem funkcji lekarza kierującego Oddziałem w godzinach normalnej ordynacji, w tym wykonywanie badań endoskopowych.**

#### 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 Wewnętrznym SPZOZ w Sanoku w godzinach normalnej ordynacji oraz pełnienie funkcji lekarza kierującego Oddziałem, oferuję **stawkę godzinową w wysokości:**  
..... **zł brutto**

(słownie: .....)

2. Za wykonywanie badań endoskopowych, oferuję **miesięczną stawkę ryczałtową w wysokości:**  
..... **zł brutto**

(słownie: .....)

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

**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 we wskazanym poniżej minimalnym zakresie (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):

1. **co najmniej trzy dni** w tygodniu – .....
2. **co najmniej cztery dni** w tygodniu – .....
3. **co najmniej pięć dni** w tygodniu – .....
4. ....

**d.** Zgłaszam gotowość do realizacji przedmiotu zamówienia we wskazanym poniżej zakresie (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):

1. w **roźne dni tygodnia** – .....
2. w **następujące po sobie** (co najmniej 3 dni) w tygodniu – .....

**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 skutkował automatycznie odrzuceniem takiej Oferty.**

Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych na okres **24 miesiący**.

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

1. **Załącznik nr 1** - Oświadczenie nr 1 – w zakresie ZUS, US
2. **Załącznik nr 2** - Oświadczenie nr 2 – w zakresie BHP, PPOŻ, medycyna pracy
3. **Załącznik nr 3** - Oświadczenie nr 3 – w zakresie działalności gospodarczej
4. Kserokopia wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą – dokument potwierdzający formę wykonywanej działalności leczniczej.
5. Kserokopia wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenia z ewidencji działalności gospodarczej (CEIDG) – dokument potwierdzający status prawny oferenta.
6. Kserokopie dokumentów uprawniających do wykonywania świadczeń: prawo wykonywania zawodu, dyplom specjalizacyjny, kserokopie poświadczające posiadanie dodatkowych kwalifikacji, specjalizacji, uprawnień, kursów.
7. Pełnomocnictwo, jeżeli oferta składana jest przez pełnomocnika.



4. administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

.....  
*data*

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