

.....  
nazwa i pieczęć oferenta

## OFERTA Zadanie 2

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/ 34/2025** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na: **udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej z Pododdziałem Urologicznym SPZOZ w Sanoku z podziałem na zadania:**

**Zadanie 2. udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę urologa w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej z Pododdziałem Urologicznym w ramach 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) |  |
| 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 ramach dyżurów medycznych, oferuję **stawkę godzinową w wysokości .....** zł **brutto**  
(słownie: .....) )

**Wynagrodzenie określone uwzględnia wszystkie koszty, jakie ponosi Przyjmujący Zamówienie w ramach realizacji niniejszej umowy.**

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

1. co najmniej dwa dyżury w miesiącu – .....
2. co najmniej trzy dyżury w miesiącu – .....
3. co najmniej cztery dyżury w miesiącu – .....
4. co najmniej pięć dyżurów w miesiącu – .....

d. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązuje się do udzielania świadczeń we wskazanym poniżej zakresie (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 skutkował automatycznie odrzuceniem takiej Oferty.**

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

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. **Załącznik nr 4** – Oświadczenie nr 4 – w zakresie wynikającym z art. 21 ustawy z dnia 13.05.2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (dotyczy oferenta niekorzystającego z pracowników lub podwykonawców).
5. Kserokopia wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą – dokument potwierdzający formę wykonywanej działalności leczniczej.
6. Kserokopia wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenia z ewidencji działalności gospodarczej (CEIDG) – dokument potwierdzający status prawny oferenta.
7. Kserokopie dokumentów uprawniających do wykonywania świadczeń: prawo wykonywania zawodu, dyplom specjalizacyjny, kserokopie poświadczające posiadanie dodatkowych kwalifikacji, specjalizacji, uprawnień, kursów.



.....  
*data*

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