

.....
nazwa i pieczęć oferenta

OFERTA (Zadanie)

- wpisać numer Zadania -

W związku z konkursem ofert nr SPZOZ/ŚZ/ 44 /2025 ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na:
wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w poradniach specjalistycznych SPZOZ z podziałem na zadania:

Zadanie 1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Zdrowia Psychicznego SPZOZ w Sanoku.

Zadanie 2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Neurologicznej SPZOZ w Sanoku.

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:

Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni
(*należy wypełnić nazwę*) SPZOZ w Sanoku w % wartości należnej za punkt rozliczeniowy stosowanej przez Narodowy Funduszu Zdrowia przy finansowaniu świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych za tego rodzaju świadczenia – %
(słownie:)

Zadeklarowana stawka odpowiada **pełnym kosztem** udzielania przez Przyjmującego Zamówienia świadczeń stanowiących przedmiot konkursu.

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, kursy specjalistyczne)
.....
.....
.....

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

1. **co najmniej 2 godziny** w tygodniu –
2. **co najmniej 4 godzin** w tygodniu –
3. **co najmniej 8 godzin** w tygodniu -

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

1. **co najmniej jeden dzień** w tygodniu –
2. **co najmniej dwa dni** w tygodniu –
3. **co najmniej trzy 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 skutkowało automatycznie odrzuceniem takiej Oferty.

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

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 prowadzonej 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 lub karta szkolenia specjalizacyjnego wraz z zaświadczeniem od kierownika specjalizacji, kserokopie dodatkowych kwalifikacji, uprawnień*.
7. Pełnomocnictwo, jeżeli oferta składana jest przez pełnomocnika.

* w przypadku, gdy Udzielający Zamówienia w swojej dokumentacji posiada już któryś z wyżej wymienionych w pkt. 6 dokumentów (aktualne), Przyjmujący Zamówienie w przypadku jego niezałączenia

