

.....  
(nazwa i pieczęć oferenta)

**OFERTA (ZADANIE NR 1)**

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/36/2019** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na: **wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej Pododdziałem Urologicznym i Pracowni Radiologii Zabiegowej, w tym wykonywanie zabiegów na Bloku Operacyjnym oraz udzielanie konsultacji.**

**Zadanie 1 – Świadczenia zdrowotne udzielane przez lekarza specjalistę.**

**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	
Informacje dodatkowe	
Specjalizacja	

.....  
data

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

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

**1. Stawki procentowe za udzielane świadczenia zdrowotne:**

A. za realizację świadczeń zdrowotnych, w tym wykonywanie zabiegów z zakresu chirurgii naczyniowej według harmonogramu, w procencie wartości zabiegu:

stawka, ..... %

(słownie .....)

B. za wykonywanie zabiegów z zakresu chirurgii naczyniowej według harmonogramu, w przypadku gdy w zabiegu uczestniczy inny lekarz specjalista z zakresu chirurgii naczyniowej, w procencie wartości zabiegu:

stawka, ..... %

(słownie .....)

C. za wykonywanie zabiegów z zakresu chirurgii naczyniowej – procedur endowaskularnych w Pracowni Radiologii Zabiegowej, według harmonogramu, w procencie wartości zabiegu:

stawka, ..... %

(słownie .....)

D. za realizację świadczeń zdrowotnych, w tym wykonywanie zabiegów z zakresu chirurgii naczyniowej – procedur endowaskularnych w Pracowni Radiologii Zabiegowej, według harmonogramu, w przypadku gdy w zabiegu uczestniczy inny lekarz specjalista z zakresu chirurgii naczyniowej, w procencie wartości zabiegu:

stawka, ..... %

(słownie .....)

**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 zgodne z profilem Oddziału lub w dziedzinie pokrewnej.

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

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 raz w tygodniu – .....
- 2. co najmniej dwa razy w tygodniu - .....
- 3. co najmniej trzy razy w tygodniu - .....
- 4. inne - .....

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. gotowość do pracy wyłącznie **w dni powszednie** – .....
2. gotowość do pracy wyłącznie **w soboty, niedziele i dni wolne od pracy** – .....
3. gotowość do pracy **w dni powszednie , soboty, niedziele i dni wolne od pracy** – .....

**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 od daty zawarcia umowy lub dłuższy . .....(podać ilość 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. 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 dodatkowych kwalifikacji, specjalizacji, uprawnień
7. Pełnomocnictwo, jeżeli oferta składana jest przez pełnomocnika.

.....  
data

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

**Niniejszym, oświadczam, że:**

1. Zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia, postanowieniami zawartymi w SWKO oraz Regulaminem konkursu. Oświadczam, że akceptuję i zobowiązuję się do przestrzegania i wykonywania zapisów zawartych w SWKO, załącznikach i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
2. Złożoną ofertą pozostanę związany przez 30 dni od ostatecznego terminu składania ofert.
3. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
4. W momencie podpisania umowy dostarczę dokument potwierdzający, że podmiot jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z ustawą o działalności leczniczej.
5. Akceptuję okres obowiązywania umowy. tj. min. 24 m-ce od daty zawarcia umowy.
6. Termin płatności wynosi 21 dni od daty doręczenia prawidłowej faktury VAT.
7. Oświadczam, że posiadam uprawnienia do wykonywania określonej działalności.
8. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń z należytą starannością i wymogami aktualnej wiedzy medycznej.
9. Respekuję prawo NFZ do przeprowadzenia kontroli w zakresie realizacji przedmiotu konkursu.
10. Zobowiązuję się do zachowania tajemnicy i wykorzystania informacji uzyskanych w wyniku postępowania konkursowego wyłącznie do celów ofertowych.

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:

1. administratorem danych osobowych Oferenta jest Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Sanoku, adres: ul. 800-lecia 26, 38-500 Sanok
2. administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: [rodo@zozsanok.pl](mailto:rodo@zozsanok.pl)

3. administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne w celu wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy;
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. Państwa dane osobowe będą przechowywane do momentu 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; administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

.....      .....

data                                      podpis i pieczęć osoby upoważnionej do