

.....  
nazwa i pieczęć oferenta

## OFERTA

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/9/2020** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na: **wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w Oddziale Otolaryngologicznym w zakresie normalnej ordynacji szpitala i/lub w zakresie kontraktowych dyżurów medycznych, wraz z pełnieniem funkcji Koordynatora Oddziału.**

### 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 Otolaryngologicznym SPZOOZ w Sanoku, w godzinach normalnej ordynacji oferuję **stawkę godzinową w wysokości: ..... zł brutto**  
(słownie: .....)
2. Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Otolaryngologicznym SPZOOZ w Sanoku w ramach dyżuru medycznego, w dni powszednie od poniedziałku do piątku godz. 15.05 do 7.30 dnia następnego, oferuję **stawkę godzinową w wysokości: ..... zł brutto \***  
(słownie: .....)
3. Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Otolaryngologicznym SPZOOZ w Sanoku w ramach dyżuru medycznego, w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy, w godz. 7.30 do 7.30 dnia następnego, oferuję **stawkę godzinową w wysokości: ..... zł brutto \***  
(słownie: .....)

--

**Szczególne regulacje związane ze stanem epidemii COVID-19 i tymczasowym funkcjonowaniem jako szpital monoprofilowy:**

\* - Stawka godzinowa za udzielanie świadczeń zdrowotnych w czasie dyżuru medycznego (w dni powszednie i w sobotę, niedzielę i dni ustawowo wolne od pracy) w okresie obowiązywania wynikających z epidemii wirusa SARS-CoV-2 zmian organizacyjnych wprowadzonych w komórkach organizacyjnych SPZOOZ w Sanoku w których Przyjmujący Zamówienie będzie udzielał świadczeń zdrowotnych lub zmiany profilu działalności tych komórek organizacyjnych, ale nie dłużej niż do odwołania stanu epidemii, wynosi 110 zł brutto. O terminie zakończenia obowiązywania tych zmian SPZOOZ w Sanoku poinformuje Przyjmującego Zamówienie. Z dniem następującym po dniu wskazanym przez SPZOOZ w Sanoku, Przyjmującego Zamówienie będą obowiązywać stawki określone w pkt. 2-4.

--

**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 – .....

d. W zakresie wymiaru – w związku z realizacją przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do realizacji przedmiotu zamówienia w ramach dyżurów medycznych we wskazanym poniżej minimalnym wymiarze (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 – .....

**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 miesiące lub dłuższy, tj.**  
.....

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.

\* w przypadku, gdy SPZOZ w Sanoku posiada dokument lub dokumenty wymienione w pkt. 6 (aktualny), Przyjmujący Zamówienie w przypadku jego niezłączenia do oferty zobowiązany jest do przedłożenia pisemnego oświadczenia o tym, że dokumenty uwzględnione w pkt. 6 nie uległy zmianie, są aktualne i znajdują się w posiadaniu SPZOZ w Sanoku.

.....  
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 przepisami ustawy o działalności leczniczej.
- 5.** Akceptuję okres obowiązywania umowy, tj. min. 36 miesięcy od daty zawarcia umowy.
- 6.** Akceptuję termin zapłaty wynoszący 21 dni od dnia dostarczenia Udzielającemu Zamówienia prawidłowo wystawionej faktury lub rachunku z wymaganymi załącznikami.
- 7.** Zobowiązuję się do udzielania świadczeń z należytą starannością i wymogami aktualnej wiedzy medycznej, przy poszanowaniu praw pacjenta.
- 8.** Zobowiązuję się do prowadzenia dokumentacji medycznej i statystycznej zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.
- 9.** Oświadczam, że posiadam uprawnienia do wykonywania działalności leczniczej w zakresie będącym przedmiotem konkursu.
- 10.** Respektuję prawo NFZ do przeprowadzenia kontroli w zakresie realizacji przedmiotu konkursu.
- 11.** 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  
reprezentowania Oferenta*