

.....
(nazwa i pieczęć oferenta)

OFERTA

W związku z konkursem ofert nr BPR/ŚZ/04/2023 jest udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza systemu w specjalistycznym zespole ratownictwa medycznego Bieszczadzkiego Pogotowia Ratunkowego 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 (np. numer PESEL)	

.....
data

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

Składam ofertę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych jak poniżej i proponuję:

- A. Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w charakterze lekarza w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach normalnej ordynacji (od poniedziałku do piątku w godzinach od 7.30 – 15.05, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy przypadających w tych dniach) w zł / h. :

Stawka: zł

(słownie zł)

(dyżur medyczny)

- B. Za dyżur medyczny w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach od 15.05. do 7.30 następnego dnia i w weekendy i dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 7.30 – 7.30 następnego dnia w zł / h.

Stawka: zł

(słownie zł)

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 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. w dni powszednie: w godzinach od 7:30 do 15:05 **co najmniej jeden raz** w każdym tygodniu –
2. w dni powszednie: w godzinach od 7:30 do 15:05 **co najmniej dwa razy** w każdym tygodniu –
3. w dni powszednie: w godzinach od 7:30 do 15:05 **co najmniej trzy razy** w każdym tygodniu –
4. inne (określić)

d. W zakresie dyżurów medycznych – w związku z realizacją przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):

1. dyżur medyczny w dni powszednie w godzinach od 15:05 do 7:30 dnia następnego lub w weekendy i dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 7.30 – 7.30 dnia następnego **co najmniej jeden raz** w każdym miesiącu –
2. dyżur medyczny w dni powszednie w godzinach od 15:05 do 7:30 dnia następnego lub w weekendy i dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 7.30 – 7.30 dnia następnego **co najmniej dwa razy** w każdym miesiącu –

3. dyżur medyczny w dni powszednie w godzinach od 15:05 do 7:30 dnia następnego lub w weekendy i dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 7.30 – 7.30 dnia następnego **co najmniej trzy razy** w każdym miesiącu –
4. dyżur medyczny w dni powszednie w godzinach od 15:05 do 7:30 dnia następnego lub w weekendy i dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 7.30 – 7.30 dnia następnego **co najmniej cztery razy** w każdym 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 skutkowało automatycznie odrzuceniem takiej Oferty.

Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych na okres minimum 24 miesiące od daty zawarcia umowy.

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

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

.....
data

.....
podpis i pieczęć Oferenta lub 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 dostarczenia prawidłowej faktury VAT/ rachunku.
7. Oświadczam, że posiadam uprawnienia do wykonywania określonej działalności.
8. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń z należytą starannością i wymogami aktualnej wiedzy medycznej.
9. Respektuję 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 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (EU) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO” informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Bieszczadzkie Pogotowie Ratunkowe SPZOZ w Sanoku, ul. Jezierskiego 21, 38-500 Sanok.
2. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych osobowych, z którym można skontaktować się poprzez e-mail: iod@bpr-spzoz.pl w każdej sprawie dotyczącej przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.
3. Podane przez Panią/Pana dane osobowe będą przetwarzane :
 1. w celu przeprowadzenia procesu konkursowego aktualnie prowadzonego przez BPR SPZOZ w Sanoku na podstawie art. 6 ust. 1 lit b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych nr 2016/679 (Rozporządzenie 2016/679), a w zakresie w jakim podał(a) Pan/Pani także dane fakultatywne – podstawą prawną przetwarzania jest zgoda, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia 2016/679
 2. w celu ustalenia lub dochodzenia ewentualnych roszczeń lub obrony przed takimi roszczeniami przez BPR SPZOZ w Sanoku – podstawą prawną przetwarzania danych jest prawnie uzasadniony interes BPR SPZOZ w Sanoku, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. f Rozporządzenia 2016/679
4. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane do momentu zakończenia aktualnego procesu konkursowego, a w zakresie w jakim przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody – do jej wycofania. Okres przetwarzania może zostać każdorazowo przedłużony o okres przedawnienia roszczeń, jeżeli przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych będzie niezbędne dla ustalenia lub dochodzenia ewentualnych roszczeń lub obrony przed takimi roszczeniami przez BPR SPZOZ w Sanoku. Po tym okresie dane będą przetwarzane jedynie w zakresie i przez czas wymagany przepisami prawa.
5. Przysługuje Pani /Panu prawo do wycofania zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego przed jej wycofaniem.
6. Przysługuje Pani /Panu prawo: dostępu do treści danych oraz żądania ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych osobowych oraz prawo wniesienia sprzeciwu względem przetwarzania danych.
7. Przysługuje Pani/Panu także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia 2016/679.
8. Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały profilowaniu.
9. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
10. Podanie danych osobowych jest wymagane przez BPR SPZOZ w Sanoku dla celów przeprowadzenia konkursu. Konsekwencją niepodania tych danych jest brak możliwości rozpatrzenia Pani/Pana kandydatury w procesie konkursowym. W zakresie danych niewymaganych przez BPR SPZOZ w Sanoku podanie danych jest dobrowolne.

.....
data

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