

Warszawa, dnia.....

Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej
Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
ul. M. Kasprzaka 17
01 – 211 Warszawa

O F E R T A

na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrii w Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży

Imię.....

Nazwisko.....

PESEL.....

Zawód.....

Nr prawa wykonywania zawodu.....

Specjalizacja w zakresie (stopień specjalizacji).....

Nr dokumentu specjalizacji *.....

Nr księgi rejestrowej w rejestrze indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich wykonywanych w zakładzie
podmiotu leczniczego prowadzonego przez właściwą ORL

Nr wpisu do ewidencji działalności gospodarczej/ data rozpoczęcia działalności wg CEIDG.....

NIP.....REGON.....

Nr telefonu

Adres zamieszkania

Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem zamieszkania).....

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrii w Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży zgodnie z przedmiotem zamówienia wskazanym w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert, na zasadach określonych we wzorze umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.

OFERENT OŚWIADCZA, IŻ:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” oraz postanowieniami określonymi we wzorze umowy i je akceptuje.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w siedzibie Szpitala Wolskiego im. dr Anny Gostyńskiej Sp. z o.o. w Warszawie, w miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego zamówienia.
3. Prowadzi Specjalistyczną Indywidualną Praktykę Lekarską w zakładzie podmiotu leczniczego w dziedzinie, wpisaną do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez ORL zgodnie z danymi wymienionym na wstępie niniejszej oferty.
4. Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie osobiście.
5. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości

6. Oświadczam, iż Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej Sp. z o.o. **nie rozwiązał** z nim w okresie 5 lat poprzedzających ogłoszenie niniejszego postępowania umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym przedmiotem niniejszego postępowania w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie oferenta.
7. Wskazuje możliwość udzielania świadczeń zdrowotnych w następujących dniach i godzinach:

Poniedziałek:	od godz. do godz.
Wtorek:	od godz. do godz.
Środa:	od godz. do godz.
Czwartek:	od godz. do godz.
Piątek:	od godz. do godz.
8. Proponuje wysokość stawki w kwocie**zł netto** (równoważna z kwotą brutto) za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem postępowania konkursowego.
9. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami od nr 3a do nr.....
10. Oświadczam, iż świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym postanowieniami konkursu, udzielał przez okres**lat** i zobowiązuje się do okazania na żądanie Udzielającego zamówienia dokumentów potwierdzających wskazaną ilość lat praktyki zawodowej.

ZALĄCZNIKI:

1. Poświadczony aktualny wydruk z CEIDG – *zał. nr 1*,
2. Poświadczona kopia wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą – zgodnie z ustawą o działalności leczniczej - prowadzonego przez ORL – *zał. nr 2*,
3. Kopie dokumentów dotyczących prawa wykonywania zawodu lekarza i posiadanych kwalifikacji, w tym specjalizacji, tj.: dyplom ukończenia studiów; prawo wykonywania zawodu lekarza; **dokument potwierdzający uzyskanie tytułu specjalisty lub specjalizacji II^o w dziedzinie psychiatrii / psychiatrii dzieci i młodzieży lub dokument potwierdzający ukończenie co najmniej 1 roku specjalizacji w dziedzinie psychiatrii a w tym przypadku zgodę kierownika specjalizacji na samodzielne udzielanie świadczeń zdrowotnych w danej dziedzinie medycyny.**
4. oraz inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe – *zał. nr 3a, 3b, itd.*
5. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia – *zał. nr 4*,
6. Kserokopia polisy OC – *zał. nr 5*,
7. Wykaz podmiotów, w których oferent udzielał świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrii z podaniem okresów, w których usługi te były świadczone – *zał. nr 6*.

* *niepotrzebne skreślić*

Oświadczenie oferenta w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO¹ wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia w niniejszym postępowaniu**.

.....

(podpis i pieczęć oferenta)

¹ rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. 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).

** W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).