

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 całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii ogólnej
w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym
w siedzibie Szpitala Wolskiego im. dr Anny Gostyńskiej Sp. z o.o.**

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 całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii ogólnej w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w siedzibie Szpitala Wolskiego im. dr Anny Gostyńskiej Sp. z o.o. 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. Oświadcza, 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. **W ramach świadczenia:**
 - a) deklaruje minimalną oraz maksymalną **liczbę godzin** udzielania świadczeń zdrowotnych przeciętnie w miesiącu w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.
 - b) proponuje wynagrodzenie w wysokości zł **netto (równoważne z brutto)** za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w miesiącu w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.
8. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami od nr 3a do nr.....
9. Oświadcza, iż świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym konkursem udzielał przez okreslat/miesiący* i zobowiązuje się do okazania na żądanie Udzielającego zamówienia dokumentów potwierdzających treść oświadczenia.

ZAŁĄCZNIKI:

1. Poświadczony wydruk z CEIDG– *zał. nr 1*,
2. Poświadczona kopia dokumentów związanych z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego prowadzonego przez ORL – *zał. nr 2*,
3. Kopie dokumentów dotyczących prawa wykonywania zawodu lekarza i posiadanych kwalifikacji, w tym specjalizacji (**dyplom ukończenia szkoły, prawo wykonywania zawodu lekarza, dyplom specjalizacji z chirurgii ogólnej lub chirurgii naczyniowej lub torakochirurgii albo dyplom specjalisty w dziedzinie chirurgii ogólnej lub chirurgii naczyniowej lub torakochirurgii albo potwierdzenie, że jest w trakcie specjalizacji z chirurgii ogólnej lub chirurgii naczyniowej lub torakochirurgii - minimum po ukończeniu modułu podstawowego z chirurgii ogólnej i kontynuuje szkolenie w tym zakresie oraz inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe. W przypadku lekarza w trakcie szkolenia specjalizacyjnego dodatkowo wymóg pisemnej, pozytywnej opinii kierownika specjalizacji o prawie do udzielania samodzielnych świadczeń zdrowotnych w danej dziedzinie medycyny oraz samodzielnego wykonywania dyżurów oraz kartę specjalizacyjną – *zał. nr 3a, 3b*, itd.),**
4. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia – *zał. nr 4*,
5. Kserokopia polisy OC– *zał. nr 5*.

*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 osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty*)

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).