

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 obejmujących konsultacje w zakresie kardiologii inwazyjnej w Ośrodku diagnostyki i terapii wewnątrznaczyniowej Szpitala Wolskiego**

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 obejmujących konsultacje w zakresie kardiologii inwazyjnej w Ośrodku diagnostyki i terapii wewnątrznaczyniowej Udzielającego zamówienia 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. Deklaruję minimalną ..... i maksymalną ..... liczbę godzin przeznaczonych na realizację przedmiotu umowy w miesiącu.
8. Proponuję wysokość stawki w kwocie ..... zł netto (równoważne z brutto) za 1 godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot umowy.
9. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentowałam załącznikami od nr 3a do nr.....
10. Oświadczam, iż świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii inwazyjnej udzielałam przez okres .....lat i zobowiązuje się do okazania na żądanie Udzielającego zamówienia dokumentów potwierdzających wskazaną ilość lat praktyki zawodowej.

#### **ZAŁĄCZNIKI:**

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:
  - a) dyplom ukończenia studiów,
  - b) prawo wykonywania zawodu lekarza,
  - c) dyplom specjalizacji w dziedzinie kardiologii,
  - d) dokument potwierdzający uzyskanie stopnia doktora habilitowanego nauk medycznych, lub profesora nauk medycznych,
  - e) certyfikat Asocjacji Interwencji Sercowo-Naczyniowych PTK do uzyskania uprawnień samodzielnego wykonywania zabiegów kardiologii inwazyjnej,
  - f) zaświadczenia wystawionego przez konsultanta wojewódzkiego o wykonaniu co najmniej 300 zabiegów angioplastyki wieńcowej i co najmniej 600 koronarografii - potwierdzającego odpowiednie doświadczenie w wykonywaniu angioplastyki wieńcowej – zgodnie z wymogami SWKO w tym zakresie,
  - g) inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe oferenta - **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**,
6. Wykaz podmiotów, w których oferent udzielał świadczeń zdrowotnych w przedmiotowym zakresie 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 RODO<sup>1</sup> 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*)

<sup>1</sup> 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).