

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 świadczeń zdrowotnych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym realizowanych przez lekarzy wchodzących w skład zasobu kadrowego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w siedzibie Szpitala Wolskiego im. dr Anny Gostyńskiej Sp. z o.o.**

Imię.....

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 świadczeń zdrowotnych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, realizowanych przez lekarzy wchodzących w skład zasobu kadrowego szpitalnego oddziału ratunkowego 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. Deklaruje **minimalną** liczbę 12-sto godzinnych cykli wykonywania świadczeń zdrowotnych w miesiącu: .....Cykli (obejmujących udzielanie świadczeń zarówno w dni powszednie jak również w soboty, niedziele i święta).
8. Deklaruje **maksymalną** liczbę 12-sto godzinnych cykli wykonywania świadczeń zdrowotnych w miesiącu: .....Cykli (obejmujących udzielanie świadczeń zarówno w dni powszednie jak również w soboty, niedziele i święta).
9. Proponuje następującą kwotę należności za realizację zamówienia: wysokość stawki w kwocie .....zł brutto za każdą godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych.
10. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami od nr 3a do nr.....
11. Oświadczam, iż świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów udziela przez okres .....lat. Zobowiązuje się do okazania na żądanie Udzielającego zamówienia dokumentów potwierdzających wskazaną ilość lat doświadczenia w udzielaniu świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów.

**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, w przypadku posiadania specjalizacji:
  - a) dyplom ukończenia studiów;
  - b) prawo wykonywania zawodu lekarza;
  - c) w odniesieniu do lekarza w trakcie szkolenia specjalizacyjnego (z anestezjologii i intensywnej terapii lub medycyny ratunkowej lub w trakcie specjalizacji z chorób wewnętrznych po ukończonym module podstawowym) pisemna, pozytywna opinia kierownika specjalizacji o prawie do udzielania samodzielnych świadczeń zdrowotnych w danej dziedzinie medycyny oraz samodzielnego wykonywania dyżurów oraz kartę specjalizacyjną,
  - d) dokument potwierdzający, iż lekarz posiada, co najmniej roczne doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym/Izbie Przyjęć oraz inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe,
  - e) inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe – *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 RODO<sup>i</sup> wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu\*\*.

.....  
(podpis i pieczęć oferenta)

<sup>i</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).