

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 zakresie medycyny ratunkowej w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym

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 przedsiębiorstwie 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 zakresie medycyny ratunkowej w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym 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, SWKO oraz wzorem umowy nie zgłasza zastrzeżeń.
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.
1. Prowadzi indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską wpisaną do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez ORL zgodnie z danymi wymienionym na wstępie niniejszej oferty.
2. Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie osobiście.
3. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (oc) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości
4. Oświadcza, iż Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej Sp. z o.o. **nie rozwiązał** z nim w ciągu 5 lat poprzedzających dzień ogłoszenia niniejszego konkursu umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym przedmiotem niniejszego postępowania w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie Oferenta.
5. 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).

6. 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).
7. Proponuje następującą kwotę należności za realizację zamówienia: wysokość stawki w kwociezł brutto za każdą godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych.
8. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami od nr 3a do nr.....
9. Oświadczam, iż świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym konkursem udzielał w jednostkach systemu ratownictwa medycznego/ izbie przyjęć przez okreslat.

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 potwierdzający posiadanie specjalizacji lub tytułu specjalisty w dziedzinie: anestezyjologii i intensywnej terapii, medycyny ratunkowej albo zaświadczenie, że lekarz jest po drugim roku specjalizacji w tych dziedzinach i kontynuuje szkolenie specjalizacyjne, lub
 - d) dyplom potwierdzający posiadanie specjalizacji lub tytułu specjalisty w dziedzinie: chorób wewnętrznych albo zaświadczenie, że lekarz, w ramach szkolenia specjalizacyjnego ukończył moduł podstawowy w dziedzinie: chorób wewnętrznych, *pediatrii lub chirurgii ogólnej* i kontynuuje lub zakończył szkolenie specjalizacyjne oraz uzyskał tytuł specjalisty

W przypadku lekarza w trakcie szkolenia specjalizacyjnego istnieje dodatkowo wymóg pisemnej, pozytywnej opinii kierownika specjalizacji o prawie lekarza - w trakcie szkolenia specjalizacyjnego - do samodzielnego udzielania świadczeń zdrowotnych oraz samodzielnego wykonywania dyżurów.

 - e) inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe – *zał. nr 3a, 3b, itd.*
4. Wykaz podmiotów, w których oferent udzielał świadczeń zdrowotnych w zakresie medycyny ratunkowej w jednostkach systemu ratownictwa medycznego z podaniem okresów, w których usługi te były świadczone – *zał. nr 4,*
5. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia – *zał. nr 5,*
6. Kserokopia polisy OC – *zał. nr 6.*

Oświadczenie wykonawcy 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 RODOⁱ 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*)

ⁱ 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).