

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 wykonywania badań i zabiegów endoskopowych i innych świadczeń (w tym pozostawania w gotowości do wykonywania świadczeń zdrowotnych lub konsultacji medycznych związanych z kwalifikacją do zabiegów endoskopowych) w Pracowni endoskopii**

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 leczniczym 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 wykonywania badań i zabiegów endoskopowych i innych świadczeń (w tym pozostawania w gotowości do wykonywania świadczeń zdrowotnych lub konsultacji medycznych związanych z kwalifikacją do zabiegów endoskopowych) w Pracowni endoskopii 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 indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską w zakładzie leczniczym w dziedzinie ....., wpisana 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 zakresu a) wykonywanie badań i zabiegów endoskopowych w Pracowni endoskopii w godzinach pomiędzy 8.00 a 15.00 w dni powszednie dla pacjentów Szpitala Wolskiego\*:**
- deklaruje minimalną liczbę świadczeń do wykonania przeciętnie w miesiącu:
  - proponuje następujące kwoty za realizację poszczególnych świadczeń w Pracowni endoskopii:

Lp.	Nazwa świadczenia wykonywanego w dni powszednie w godz. 8.00 -15.00	Proponowana przez Oferenta liczba świadczeń do wykonania przeciętnie w miesiącu	Proponowana przez Oferenta cena za wykonanie jednego świadczenia
1	Gastroskopia, w tym z biopsją		
2	Kolonoskopia, w tym z polipektomią		
3	EVL (obliteracja żyłaków przełyku ICD.9 - 42.334)		
4	Rozszerzanie zwężenia przełyku (ICD.9 - 42.92)		
5	Proteżowanie przełyku (ICD.9 - 42.81)		
6	ECPW, w tym proteżowanie (ICD.9 -51.10, 51.85, 51.88, 51.871, 51.872, 52.932)**		
7	Ablacja guza jelita grubego (ICD.9 -45.431)		
8	PEG		

\*\* dotyczy oferentów posiadających uprawnienia do wykonywania ECPW

8. **W ramach zakresu b) pozostawanie w gotowości do wykonywania specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w dni powszednie w godzinach od 15.00 do 8.00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele, święta oraz dni wolne od pracy ustalone u Udzielającego zamówienia w godzinach od 8.00 do 8.00 dnia następnego oraz ich udzielanie w razie wezwania zgłoszonego przez Udzielającego zamówienia\*:**
- deklaruje minimalną liczbę .....godzin udzielania świadczeń do wykonania przeciętnie w miesiącu.
  - Proponuje stawkę ..... zł brutto (równoważne z netto) za jedną godzinę pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych.
  - Proponuje następujące kwoty za realizację świadczeń w trybie dyżurowym w Pracowni endoskopii:

Lp.	Nazwa świadczenia wykonywanego w trybie dyżurowym	Proponowana przez oferenta cena za wykonanie jednego świadczenia
1	Gastroskopia, w tym z biopsją (w trybie dyżurowym)	
2	Kolonoskopia, w tym z polipektomią (w trybie dyżurowym)	

9. **W ramach zakresu c) konsultacje medyczne związane z kwalifikacją do zabiegów endoskopowych w Pracowni endoskopii Szpitala Wolskiego w godzinach pomiędzy 8.00 a 15.00 w dni powszednie dla pacjentów hospitalizowanych w oddziałach Szpitala Wolskiego\*:**
- Deklaruje minimalną liczbę .....godzin udzielania świadczeń do wykonania przeciętnie w miesiącu.
  - Proponuje stawkę ..... zł brutto (równoważne z netto) za jedną godzinę wykonywania konsultacji medycznych związanych z wykonywaniem zabiegów endoskopowych.

10. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami od nr 3a do nr.....

11. Oświadcza, iż świadczeń zdrowotnych w zakresie endoskopii udzielał przez okres .....lat i zobowiązuje się do okazania na żądanie Udzielającego zamówienia dokumentów potwierdzających wskazaną ilość lat praktyki zawodowej.

#### **ZAŁĄCZNIKI:**

1. Poświadczony 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;
  - aktualne prawo wykonywania zawodu lekarza;
  - dokument potwierdzający uzyskanie tytułu specjalisty lub specjalizacji II<sup>o</sup> w dziedzinie gastroenterologii lub chirurgii ogólnej lub chorób wewnętrznych;
  - certyfikat umiejętności wykonywania badań endoskopowych (gastroskopia, kolonoskopia) wydany przez odpowiednie towarzystwo (np. Polskie Towarzystwo Gastroenterologii lub Towarzystwo Chirurgów Polskich);
  - oświadczenie o wykonywaniu co najmniej 100 badań/ zabiegów endoskopowych miesięcznie **w ciągu ostatnich 12 miesięcy** (od dnia ogłoszenia niniejszego postępowania) wystawione przez kierownika ośrodka (pracowni), w której oferent wykonywał świadczenia w zakresie endoskopii;
  - w przypadku wykonywania ECPW certyfikat umiejętności ECPW wydany przez odpowiednie Towarzystwo wraz z oświadczeniem **potwierdzającym wykonanie, co najmniej 200 zabiegów ECPW w ciągu ostatnich 12 miesięcy** (od dnia ogłoszenia niniejszego postępowania);
  - inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe – *zał. Nr 3, 3a, 3b, 3c, itd.,*
4. W przypadku złożenia oferty na wykonywania zabiegów ECPW oferent zobowiązany jest złożyć paszport dozymetryczny lub potwierdzenie wysłania wniosku o wydanie paszportu dozymetrycznego w przypadku wyboru jego oferty najpóźniej do dnia zawarcia umowy z oferentem. Wzór wniosku o wydanie paszportu można pobrać ze strony: <https://paa.gov.pl/strona-112-paszport-dozymetryczny.html> - *zał. nr 4*
5. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia – *zał. nr 5*,
6. Kserokopia polisy OC lub złożone oświadczenie o przedłożeniu polisy – *zał. nr 6*,
7. Wykaz podmiotów, w których oferent udzielał świadczeń zdrowotnych w zakresie endoskopii z podaniem okresów, w których usługi te były świadczone – *zał. nr 7*.

\* w zależności od złożonej oferty

\*\* dotyczy oferty na ECPW

#### **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 publicznego 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 oferent 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 oferent nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).