

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**

Imię.....

Nazwisko.....

PESEL.....

Zawód.....

Nr prawa wykonywania zawodu.....

Specjalizacja w zakresie (stopień specjalizacji).....

Nr dokumentu specjalizacji.....

Nr księgi rejestrowej w rejestrze indywidualnych lub 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 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, 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. Oświadczam, 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. Deklaruję **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. Deklaruję **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. Proponuję następującą kwotę należności za realizację zamówienia: wysokość stawki w kwociezł brutto za każdą godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych.
8. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentowałam załącznikami od nr 3a do nr.....
9. Oświadczam, iż świadczeń zdrowotnych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym lub Izbie przyjęć udziela przez okreslat, z czego minimum 3 lata potwierdza zaświadczeniem dołączonym do formularza oferty.

ZALĄCZNIKI:

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) aktualne prawo wykonywania zawodu lekarza;
 - c) dokument potwierdzający posiadanie specjalizacji w dziedzinie medycyny rodzinnej lub
 - d) dokument potwierdzający, że lekarz jest w trakcie specjalizacji w dziedzinie chorób wewnętrznych (minimum po zakończeniu modułu podstawowego) lub anestezjologii i intensywnej terapii lub medycyny ratunkowej,
 - e) w przypadku lekarza w trakcie szkolenia specjalizacyjnego wymagana jest pisemna, pozytywna opinia kierownika specjalizacji o prawie do udzielania samodzielnych świadczeń zdrowotnych oraz samodzielnego wykonywania dyżurów oraz kartę specjalizacyjną,
 - f) dokument potwierdzający, iż lekarz posiada co najmniej 3 letnie doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym lub Izbie Przyjęć;
 - g) inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe – **zał. nr 3a, 3b, itd.**
4. Wykaz podmiotów, w których oferent udzielał **świadczeń zdrowotnych** w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym lub Izbie przyjęć 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 publicznego 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).