Robert Mazur Elektronicznie podpisany przez Robert Mazur Data: 2023.10.13 12:04:26 +02'00'

Załącznik nr 3 do Uchwały Zarządu Szpitala Wolskiego im. dr Anny Gostyńskiej Sp. z o.o. nr 332/2023 z dnia 13.10.2023 r.

Warszawa, dnia.....

Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej
Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
ul. M. Kasprzaka 17
01 – 211 Warszawa

O F E R TA

na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii w Poradni kardiologicznej 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 w zakresie kardiologii w Poradni kardiologicznej zgodnie z przedmiotem zamówienia wskazanym w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert, na zasadach określonych we wzorze umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.

<u>OFERENT OŚWIADCZA, IŻ:</u>

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 leczniczym 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 przeciętną minimalną liczbę wykonywania świadczeń zdrowotnych w miesiącu: …… godzin.
8. Wskazuje możliwość udzielania świadczeń zdrowotnych w następujących dniach i godzinach:

   Poniedziałek: od godz. …… do godz. ……..
   Wtorek: od godz. …… do godz. ……..
   Środa: od godz. …… do godz. ……..
   Czwartek: od godz. …… do godz. ……..
   Piątek: od godz.…… do godz. ……..

9. Proponuje wysokość stawki w kwocie .....**zł netto** (równoważne z brutto) za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszym postępowaniem konkursowym.
10. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami od nr 3a do nr……..
11. Oświadcza, iż świadczeń zdrowotnych zakresie kardiologii w Poradni kardiologicznej udzielał przez okres **…… lat** i zobowiązuje się do okazania - na żądanie Udzielającego zamówienia - dokumentów potwierdzających wskazaną ilość lat praktyki zawodowej.

ZAŁĄCZNIKI:

1. 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, ***zał. nr 3a, 3b,*** **itd.,** tj.:
   - dyplom ukończenia studiów;
   - prawo wykonywania zawodu lekarza;
   - dokument potwierdzający uzyskanie tytułu specjalisty w dziedzinie kardiologii,
   - zaświadczenie o umiejętności wykonywania kontroli stymulatorów wystawione przez kierownika Ośrodka, w którym oferent wykonywał świadczenia zdrowotne w tym zakresie,
   - inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe zgodne z wymogami SWKO;
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 zakresie kardiologii w Poradni kardiologicznej z podaniem okresów, w których usługi te były świadczone – ***zał. nr 6.***

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[1] 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*)

[1] 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).