

Warszawa, dnia.....

**Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej
Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
ul. Marcina 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 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 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 i 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.
3. Prowadzi indywidualną lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską 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. 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.
7. 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).
8. 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).
9. Proponuję następującą kwotę należności za realizację zamówienia: wysokość stawki w kwociezł brutto za każdą godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych.
10. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentowałem załącznikami od nr 3a do nr.....
11. 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.

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) aktualne prawo wykonywania zawodu lekarza;
 - c) dokument potwierdzający posiadanie specjalizacji lub
 - d) dokument potwierdzający, że lekarz jest w trakcie specjalizacji w dziedzinie chorób wewnętrznych (wymagane zakończenie bądź kontynuowanie modułu podstawowego) lub anestezyjologii 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).