

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 specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii ogólnej
w Klinicznym Oddziale chirurgii ogólnej i onkologicznej z częścią urazową
Szpitala Wolskiego im. dr Anny Gostyńskiej Sp. z o.o.**

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
lecniczym 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 specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii ogólnej w Klinicznym Oddziale chirurgii ogólnej i onkologicznej z częścią urazową Szpitala Wolskiego im. dr Anny Gostyńskiej Sp. z o.o. 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 Specjalistyczną Indywidualną Praktykę Lekarską w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego 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. **W ramach PAKIETU 1*:**
 - Deklaruje liczbę godzin przeciętnie w miesiącu wykonywania świadczeń zdrowotnych w dni powszednie w godzinach pomiędzy 8.00 a 15.30,
 - Deklaruje liczbę godzin przeciętnie w miesiącu wykonywania świadczeń zdrowotnych w dni powszednie w godzinach pomiędzy 15.30 a 8.00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i święta i dni wolne od pracy ustalone u Udzielającego zamówienia, w godzinach pomiędzy 8.00 a 8.00 dnia następnego,
 - Proponuje wysokość stawki w kwocie **zł netto (równoważne z brutto)** za jedną godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych w dni powszednie w godzinach pomiędzy 8.00 a 15.30
 - Proponuje wysokość stawki w kwocie **zł netto (równoważne z brutto)** za jedną godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych w dni powszednie w godzinach pomiędzy 15.30 a 8.00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i święta i dni wolne od pracy ustalone u Udzielającego zamówienia w godzinach pomiędzy 8.00 a 8.00 dnia następnego.
8. **W ramach PAKIETU 2*:**
 - Deklaruje liczbę godzin przeciętnie w miesiącu wykonywania świadczeń zdrowotnych w dni powszednie w godzinach pomiędzy 8.00 a 15.30,
 - Deklaruje liczbę godzin przeciętnie w miesiącu wykonywania świadczeń zdrowotnych w dni powszednie w godzinach pomiędzy 15.30 a 8.00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i święta i dni wolne od pracy ustalone u Udzielającego zamówienia, w godzinach pomiędzy 8.00 a 8.00 dnia następnego,
 - Proponuje wysokość stawki w kwocie **zł netto (równoważne z brutto)** za jedną godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych w dni powszednie w godzinach pomiędzy 8.00 a 15.30
 - Proponuje wysokość stawki w kwocie **zł netto (równoważne z brutto)** za jedną godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych w dni powszednie w godzinach pomiędzy 15.30 a 8.00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i święta i dni wolne od pracy ustalone u Udzielającego zamówienia w godzinach pomiędzy 8.00 a 8.00 dnia następnego.
9. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami od nr 3a do nr.....
10. Oświadcza, iż świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii ogólnej w szpitalu w oddziale chirurgicznym udzielał przez okres**lat** i zobowiązuje się do okazania na żądanie Udzielającego zamówienia dokumentów potwierdzających wskazaną ilość lat praktyki zawodowej.
11. Oświadcza, iż **wyraża zgodę/ nie wyraża zgody**** na powierzenie w umowie zawartej z Udzielającym zamówienia zadań kierownika specjalizacji – wskazanych przez Ordynatora Klinicznego Oddziału chirurgii ogólnej i onkologicznej z częścią urazową lekarzy, realizujących w Klinicznym Oddziale chirurgii ogólnej i onkologicznej z częścią urazową program specjalizacji w dziedzinie chirurgii ogólnej – zgodnie z art. 16m ust. 1 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

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;
 - prawo wykonywania zawodu lekarza;
 - dokument potwierdzający uzyskanie tytułu specjalisty lub specjalizacji II^o w dziedzinie chirurgii ogólnej
 - inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe – **zał. nr 3a, 3b, itd.,**
4. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia – **zał. nr 4,**
5. Kserokopia polisy **OC** lub złożone oświadczenie o przedłożeniu polisy – **zał. nr 5,**
6. Wykaz podmiotów, w których oferent udzielał świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii ogólnej w oddziale chirurgicznym z podaniem okresów, w których usługi te były świadczone – **zał. nr 6.**
7. Paszport dozymetryczny lub potwierdzenie wysłania wniosku o wydanie paszportu dozymetrycznego. Wzór wniosku o wydanie paszportu można pobrać ze strony: https://paa.gov.pl/strona-112-paszport_dozymetryczny.html - – **zał. nr 7**

***oferent może złożyć ofertę tylko na jeden pakiet**

**** niepotrzebne skreślić**

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 RODO¹ 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)

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 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).