

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 specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrii
w Poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży
w Środowiskowym Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży

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.....

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 psychiatrii
w Poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży w Środowiskowym Centrum Zdrowia Psychicznego dla
Dzieci i Młodzieży 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 zakładzie lecniczym 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 okresie od dnia 01.01.2024 r. do dnia 31.12.2024 r. deklaruje przeciętną liczbę godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w miesiącu w ilości godzin i wskazuje możliwość udzielania świadczeń zdrowotnych w następujących dniach i godzinach (obejmujące godziny pracy Poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży wskazane w SWKO):

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.
8. Proponuje wysokość stawki w kwocie**zł netto** (równoważna z kwotą brutto) za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem postępowania konkursowego.
9. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami od nr 3a do nr.....
10. Oświadcza, iż świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrii w poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, udzielał przez okres**lat** i zobowiązuje się do okazania na żądanie Udzielającego zamówienia dokumentów potwierdzających wskazaną ilość lat praktyki zawodowej.

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 specjalizacji, tj.:
 - dyplom ukończenia studiów;
 - prawo wykonywania zawodu lekarza;
 - dokument potwierdzający uzyskanie tytułu specjalisty lub specjalizacji II^o w dziedzinie psychiatrii lub psychiatrii dzieci i młodzieży;
 - oraz 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 – **zał. nr 5,**
6. Wykaz podmiotów, w których oferent udzielał świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrii w poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży 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 RODO¹ 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).