

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:**

- kardiologii w Poradni kardiologicznej \*
- endokrynologii w Poradni endokrynologicznej \*

**Szpitala Wolskiego im. dr Anny Gostyńskiej Spółce z ograniczoną odpowiedzialnością**

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\*
- endokrynologii w Poradni endokrynologicznej\*

**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 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. Oświadczam, 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.

**W ramach zakresu: udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii w Poradni kardiologicznej\***

7. Deklaruje przeciętną minimalną liczbę godzin 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. Oświadczam, 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.

**W ramach zakresu: udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie endokrynologii w Poradni endokrynologicznej\***

11. Deklaruje przeciętną minimalną liczbę godzin wykonywania świadczeń zdrowotnych w miesiącu: ..... godzin.
12. 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. ....
13. Proponuje wysokość stawki w kwocie .....**zł netto** (równoważne z brutto) za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszym postępowaniem konkursowym.
14. Oświadczam, iż świadczeń zdrowotnych zakresie endokrynologii w Poradni endokrynologicznej udzielał przez okres ..... **lat** i zobowiązuje się do okazania - na żądanie Udzielającego zamówienia - dokumentów potwierdzających wskazaną ilość lat praktyki zawodowej.

15. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami od nr 3a do nr..... – dla obu zakresów.

**\*wypełnić właściwy zakres świadczeń w zależności od składanej oferty**

**ZAŁĄCZNIKI:**

1. Aktualny wydruk z CEIDG - *zał. nr 1 – dla obu zakresów*,
2. Poświadczona kopia wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą – zgodnie z ustawą o działalności leczniczej - prowadzonego przez właściwą ORL – *zał. nr 2 – dla obu zakresów*,
3. Kopie dokumentów dotyczących prawa wykonywania zawodu lekarza i posiadanych kwalifikacji, w tym specjalizacji, *zał. nr 3a, 3b, itd.*, tj.:
  - dyplom ukończenia studiów – *dla obu zakresów*;
  - aktualne prawo wykonywania zawodu lekarza – *dla obu zakresów*;
  - dokument potwierdzający uzyskanie tytułu specjalisty lub specjalizacji II stopnia w dziedzinie kardiologii lub endokrynologii – *dla obu zakresów, w zależności od złożonej oferty lub*
  - dokument potwierdzający, że oferent jest w trakcie specjalizacji w dziedzinie endokrynologii po zrealizowaniu minimum 2 lat programu specjalizacji w dziedzinie endokrynologii oraz uzyskał potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiającą samodzielną pracę w poradni specjalistycznej – *dla zakresu: udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie endokrynologii w Poradni endokrynologicznej*,
  - zaświadczenie o umiejętności wykonywania kontroli stymulatorów wystawione przez kierownika Ośrodka, w którym oferent wykonywał świadczenia zdrowotne w tym zakresie – *dla zakresu: udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii w Poradni kardiologicznej*,
  - inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe zgodne z wymogami SWKO – *dla obu zakresów*;
4. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia – *zał. nr 4 – dla obu zakresów*,
5. Kserokopia polisy OC – *zał. nr 5 – dla obu zakresów*,
6. Wykaz podmiotów, w których oferent udzielał świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii/ endokrynologii w Poradni kardiologicznej/ endokrynologicznej z podaniem okresów, w których usługi te były świadczone – *zał. nr 6 – dla obu zakresów, w zależności od złożonej oferty*.

**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<sup>1</sup> 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)

<sup>1</sup> 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).