

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 neurologii
- w Oddziale neurologicznym i Oddziale Udarowym z Pododdziałem rehabilitacji neurologicznej,
- w Poradni neurologicznej**

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 wpisu do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich wykonywanych w zakładzie
podmiotu leczniczego prowadzonego przez właściwą ORL

Nr wpisu do ewidencji gospodarczej/ data rozpoczęcia działalności wg CEIDG.....

NIP.....REGON.....

Nr telefonue-mail

Adres zamieszkania

Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem zamieszkania).....

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie neurologii:

- w Oddziale neurologicznym i Oddziale Udarowym z Pododdziałem rehabilitacji neurologicznej,
- w Poradni neurologicznej

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 wymienionymi 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 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 realizację..... wizyt przeciętnie w miesiącu dla pacjentów objętych programem **NFZ B.28 – Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy** (z podaniem toksyny botulinowej) w **Poradni neurologicznej** w trybie ambulatoryjnym 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.
8. Poza godzinami, o których mowa w pkt. 7 deklaruje realizację..... wizyt przeciętnie w miesiącu dla pacjentów objętych programem (**NFZ B.28) – Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy** (z podaniem toksyny botulinowej) w **Oddziale Neurologicznym, Oddziale Udarowym z Pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej** w ramach hospitalizacji jednodniowej pacjenta.
9. Proponuje wysokość stawki w kwocie**zł netto** (równoważne z brutto) - za wizytę 1 pacjenta zrealizowaną w ramach Programu o (**NFZ B.28) – Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy** (z podaniem toksyny botulinowej) w Poradni Neurologicznej w trybie ambulatoryjnym.
10. Proponuje wysokość stawki w kwocie**zł netto** (równoważne z brutto) - za wizytę 1 pacjenta zrealizowaną w ramach Programu I (**NFZ B.28) – Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy** (z podaniem toksyny botulinowej) w ramach hospitalizacji jednodniowej pacjenta na Oddziale Neurologicznym, Oddziale Udarowym z Pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej
11. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami od nr 3a do nr.....
12. Oświadcza, iż świadczeń zdrowotnych w zakresie neurologii udzielał przez okres lat.

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:
 - a) dyplom ukończenia studiów;
 - b) prawo wykonywania zawodu lekarza;

- c) dyplom specjalisty lub specjalizacji II stopnia w dziedzinie neurologii;
- d) zaświadczenie **Konsultanta Wojewódzkiego ds. Neurologii** potwierdzające co najmniej roczne doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w leczeniu toksyną botulinową dystonii ogniskowych i połowicznego kurczu twarzy, inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe - **zał. nr 3a, 3b**
4. Wykaz podmiotów, w których oferent udzielał świadczeń zdrowotnych w zakresie neurologii z podaniem okresów, w których usługi te były udzielane – **zał. nr 4.**
5. Kserokopia polisy oc – **zał. nr 5.**
6. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia – **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).