

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 oraz w godzinach pomiędzy 15.30 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 oraz w godzinach pomiędzy 15.30 a 8.00 dnia następnego.
8. **W ramach PAKIETU 2\*:**
  - Deklaruje liczbę ..... godzin przeciętnie w miesiącu wykonywania świadczeń zdrowotnych 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 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 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 dentystry.

#### **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:
  - dyplom ukończenia studiów;
  - prawo wykonywania zawodu lekarza;
  - dokument potwierdzający uzyskanie tytułu specjalisty z dziedziny chirurgii ogólnej lub, że oferent jest w trakcie specjalizacji w dziedzinie z chirurgii ogólnej - minimum po ukończeniu modułu podstawowego z chirurgii ogólnej i kontynuuje szkolenie w tym zakresie. W przypadku lekarza w trakcie szkolenia specjalizacyjnego dodatkowo wymóg pisemnej, pozytywnej opinii kierownika specjalizacji o prawie do udzielania samodzielnych świadczeń zdrowotnych i pełnienia samodzielnych dyżurów medycznych oraz kartę specjalizacyjną oraz inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe;
4. inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe – **zał. nr 3a, 3b, itd.,**
5. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia – **zał. nr 4,**
6. Kserokopia polisy **OC** lub złożone oświadczenie o przedłożeniu polisy – **zał. nr 5,**
7. Wykaz podmiotów, w których oferent udzielał świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii ogólnej w szpitalu z podaniem okresów, w których usługi te były świadczone – **zał. nr 6.**

**\*oferent musi złożyć ofertę na dwa pakiety**

**\*\* 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 RODO<sup>1</sup> 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)

---

<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 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).