

Warszawa, dnia.....

**Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej**  
**Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością**  
**ul. M. Kasprzaka 17**  
**01 – 211 Warszawa**

## O F E R T A

**na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób wewnętrznych w Klinicznym Oddziale chorób wewnętrznych i endokrynologii 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/ indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich wykonywanych w zakładzie leczniczym 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 chorób wewnętrznych w Klinicznym Oddziale chorób wewnętrznych i endokrynologii 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. Deklaruje **liczbę godzin** wykonywania świadczeń zdrowotnych w miesiącu: **min**..... i **max**..... w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego postępowania konkursowego.
8. Proponuje wysokość stawki w kwocie ..... **zł netto (równoważne z brutto)** za jedną godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego postępowania konkursowego.
9. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami od nr 3a do nr.....
10. Oświadcza, iż świadczeń zdrowotnych w oddziałach szpitalnych udzielał przez okres .....**lat** i zobowiązuje się do okazania na żądanie Udzielającego zamówienia dokumentów potwierdzających wskazaną ilość lat praktyki zawodowej.

#### **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 szkoły wyższej;
    - prawo wykonywania zawodu lekarza;
    - dokument potwierdzający odpowiednio uzyskanie tytułu specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych lub II stopień specjalizacji w dziedzinie chorób wewnętrznych;
    - 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 chorób wewnętrznych w lecznictwie stacjonarnym z podaniem okresów, w których usługi te były świadczone – **zał. nr 6.**
- \* *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).