

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 chirurgii naczyniowej w Oddziale chirurgii naczyniowej oraz pozostawania w gotowości
do wykonywania w/w świadczeń**

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 całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w
zakresie chirurgii naczyniowej w Oddziale chirurgii naczyniowej oraz pozostawania w gotowości do
wykonywania w/w świadczeń, zgodnie z przedmiotem zamówienia wskazanym w Szczegółowych Warunkach
Konkursu Ofert, na zasadach określonych we wzorze umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych
konkuresem.**

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 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. 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.
7. Deklaruję minimalną liczbę godzin w miesiącu:
 - a)godzin **wykonywania świadczeń zdrowotnych** w Oddziale chirurgii naczyniowej,
 - b)godzin **pozostawania w gotowości do udzielania** w/w świadczeń zdrowotnych,
8. Deklaruję maksymalną liczbę godzin w miesiącu:
 - c)godzin **wykonywania świadczeń zdrowotnych** w Oddziale chirurgii naczyniowej,
 - d)godzin **pozostawania w gotowości do udzielania** w/w świadczeń zdrowotnych,
9. Proponuję następujące warunki wynagrodzenia:
 - a) wysokość stawki w kwociezł netto (równoważne z brutto) **za 1 godzinę wykonywania świadczeń** zdrowotnych w Oddziale chirurgii naczyniowej,
 - b) wysokość stawki w kwociezł netto (równoważne z brutto) **za 1 godzinę pozostawania w gotowości** do udzielania w/w świadczeń zdrowotnych.
10. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentowałam załącznikami od nr 3a do nr.....
11. Oświadczam, iż świadczeń zdrowotnych w szpitalu w oddziale chirurgii naczyniowej udzielałam przez okreslat 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:
 - a) dyplom ukończenia studiów;
 - b) prawo wykonywania zawodu lekarza;
 - c) dyplom specjalisty dziedziny chirurgii naczyniowej lub II stopnienia specjalizacji w chirurgii naczyniowej,
 - d) inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe – **zał. nr 3a, 3b, itd.**
4. Wykaz podmiotów, w których oferent udzielał świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii naczyniowej w poradni/gabinie chirurgii naczyniowej z podaniem okresów, w których usługi te były świadczone – **zał. nr 4,**
5. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia – **zał. nr 5,**
6. Kserokopia polisy oc – **zał. nr 6.**
7. Paszport dozymetryczny lub potwierdzenie wysłania wniosku o wydanie paszportu dozymetrycznego. Wzór wniosku o wydanie paszportu można pobrać ze strony: <https://paa.gov.pl/strona-112-paszport-dozymetryczny.html> – **zał. nr 7**

* *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 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).