

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 rehabilitacji medycznej w Poradni rehabilitacyjnej Szpitala Wolskiego**

Imię.....

Nazwisko.....

PESEL.....

Zawód.....

Nr prawa wykonywania zawodu.....

Specjalizacja w zakresie (stopień specjalizacji).....

Nr dokumentu specjalizacji .....

Nr księgi rejestrowej w rejestrze indywidualnych lub 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 rehabilitacji medycznej w Poradni rehabilitacyjnej 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 indywidualną lub indywidualną specjalistyczną 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. 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 przeciętną liczbę godzin wykonywania świadczeń zdrowotnych w miesiącu: ..... godzin.
8. Wskazuje możliwość udzielania świadczeń zdrowotnych w następujących dniach i godzinach (**9,5 godz. tygodniowo**):
 

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. Deklaruje przeciętną liczbę świadczeń zdrowotnych (porad lekarskich) do wykonania przeciętnie w miesiącu: ..... świadczeń (porad lekarskich).
10. Proponuje wysokość stawki w kwocie .....**zł netto** (równoważne z brutto) za udzielenie jednego świadczenia zdrowotnego (jednej porady lekarskiej) objętego niniejszym postępowaniem konkursowym.
11. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami od nr 3a do nr.....
12. Oświadcza, iż świadczeń zdrowotnych zakresie rehabilitacji medycznej w poradni rehabilitacyjnej udzielał przez okres ..... **lat** i zobowiązuje się do okazania - na żądanie Udzielającego zamówienia - dokumentów potwierdzających wskazaną ilość lat praktyki zawodowej.

**ZAŁĄCZNIKI:**

1. 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, **zał. nr 3a, 3b, itd.**, tj.:
  - dyplom ukończenia studiów;
  - prawo wykonywania zawodu lekarza;
  - dokument potwierdzający uzyskanie tytułu specjalisty lub specjalizacji II stopnia w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej, **lub**
  - dokument potwierdzający uzyskanie specjalizacji I stopnia w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, **lub**
  - zaświadczenie (dokument) potwierdzające, że lekarz rozpoczął i ukończył minimum 2 rok specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub balneologii i medycyny fizykalnej (zgodnie z przepisami ustawy o zawodach lekarza lub lekarza dentystry) **oraz** pisemne potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę;
  - inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe zgodne z wymogami SWKO,
4. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia – **zał. nr 4**,
5. Kserokopia polisy OC – **zał. nr 5**,
6. Wykaz podmiotów, w których oferent udzielał świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji medycznej w poradni rehabilitacyjnej z podaniem okresów, w których usługi te były świadczone – **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 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).