

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, 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  
lecniczego prowadzonego przez właściwą ORL .....

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

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

Nr telefonu .....e-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, 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 lub 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. 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 realizację w Poradni Neurologicznej wizyt z podaniem toksyny botulinowej:**  
 a) ..... wizyt przeciętnie w miesiącu dla pacjentów objętych programem (NFZ B.57 leczenie spastyczności kończyny górnej i/lub dolnej po udarze mózgu z użyciem toksyny botulinowej typu A),  
 b) ..... wizyt przeciętnie w miesiącu dla pacjentów objętych programem (NFZ B.133 profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą).
8. Deklaruje realizację **w Oddziale Neurologicznym, Udarowym z Pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej świadczeń z podaniem toksyny botulinowej:**  
 a) ..... przeciętnie w miesiącu dla pacjentów objętych programem (NFZ B.57 leczenie spastyczności kończyny górnej i/lub dolnej po udarze mózgu z użyciem toksyny botulinowej typu A),  
 b) ..... przeciętnie w miesiącu dla pacjentów objętych programem (NFZ B.133 profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą).
9. Deklaruje realizację **w Poradni Neurologicznej wizyt kontrolnych bez podania toksyny botulinowej:**  
 a) ..... wizyt przeciętnie w miesiącu dla pacjentów objętych programem (NFZ B.57 leczenie spastyczności kończyny górnej i/lub dolnej po udarze mózgu z użyciem toksyny botulinowej typu A)  
 b) ..... wizyt przeciętnie w miesiącu dla pacjentów objętych programem (NFZ B.133 profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą).
10. Deklaruje realizację **w Oddziale Neurologicznym, Udarowym z Pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej wizyt kontrolnych bez podania toksyny botulinowej:**  
 a) ..... wizyt przeciętnie w miesiącu dla pacjentów objętych programem (NFZ B.57 leczenie spastyczności kończyny górnej i/lub dolnej po udarze mózgu z użyciem toksyny botulinowej typu A)  
 b) ..... wizyt przeciętnie w miesiącu dla pacjentów objętych programem (NFZ B.133 profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą).
9. Proponuje wysokość stawki w kwocie:  
 a).....**zł netto** (równoważne z brutto) - **za wizytę 1 pacjenta z podaniem toksyny botulinowej** zrealizowaną w ramach Programu o (NFZ B.57) oraz w ramach Programu (NFZ B.133) w Poradni Neurologicznej oraz Oddziale Neurologicznym, Udarowym z Pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej  
 b).....**zł netto** (równoważne z brutto) - **za wizytę kontrolną 1 pacjenta bez podania toksyny botulinowej** zrealizowaną w ramach Programu o (NFZ B.57) oraz w ramach Programu (NFZ B.133) w Poradni Neurologicznej oraz Oddziale Neurologicznym, Udarowym z Pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej
10. **W Poradni neurologicznej 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. .... |
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:
  - dyplom ukończenia studiów;
  - prawo wykonywania zawodu lekarza;
  - dyplom specjalisty lub specjalizacji II stopnia w dziedzinie neurologii;
  - zaświadczenie **Konsultanta Wojewódzkiego ds. Neurologii** potwierdzające co najmniej roczne doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w leczeniu toksyną botulinową spastyczności kończyny górnej i/lub dolnej po udarze mózgu, oraz leczeniu chorych na migrenę przewlekłą,
  - 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 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).