

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 kardiologii inwazyjnej w Szpitalu Wolskim wykonywanych po wezwaniu przez podmiot leczniczy - PAKIET B

Imię.....

Nazwisko.....

PESEL.....

Zawód.....

Nr prawa wykonywania zawodu.....

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

Nr dokumentu specjalizacji

Nr książki 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 kardiologii inwazyjnej w ramach tzw. „ostrego dyżuru hemodynamicznego” w Ośrodku diagnostyki i terapii wewnątrznaczyniowej Szpitala Wolskiego w trybie nagłym (tj. z wyłączeniem procedur planowych), stosownie do zapotrzebowania Udzielającego zamówienia.

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 w Warszawie, w miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego zamówienia.
3. Prowadzi specjalistyczną indywidualną/ indywidualną 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. Oświadczam, iż Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej Sp. z o.o. **nie rozwiązał** z nim umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym przedmiotem niniejszego postępowania w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie oferenta.
7. **W zakresie udzielania całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii inwazyjnej w dni powszednie w godzinach pomiędzy 16.00 a 8.00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele, święta i dni wolne od pracy ustalone u Udzielającego zamówienia w godzinach pomiędzy 8.00 a 8.00 dnia następnego w Ośrodku diagnostyki i terapii wewnątrznaczyniowej:**
- a) proponuje wysokość stawki w kwocie**zł netto za 1 godzinę** przeznaczoną na realizację przedmiotu umowy w dni powszednie, w soboty, niedziele i święta oraz dni wolne od pracy ustalone u Udzielającego zamówienia*.
 - b) proponuje wysokość stawki w kwocie**zł netto** za wykonanie 1 koronarografii (w ramach JGP E10 - E15)*.
 - c) proponuje wysokość stawki w kwocie**zł netto** za wykonanie 1 angioplastyki (w ramach JGP E11 - E15 oraz E23G-E26)*,
 - d) proponuję wysokość stawki w kwocie zł netto za nakłucie osierdza*,
 - e) proponuję wysokość stawki w kwocie zł netto za założenie elektrody do czasowej stymulacji serca*,
 - f) proponuję wysokość stawki w kwocie zł netto za założenie kontra pulsacji aortalnej/impella*.
 - g) **proponuję wysokość stawki w kwocie zł netto za zamykanie ubytków w przegrodzie między przedsionkowej (PFO/ASD/Walwuoplastyka) - wypełnia wyłącznie oferent posiadający umiejętności do wykonywania procedury i zobowiązuje się do okazania na żądanie Udzielającego zamówienia dokumentów potwierdzających umiejętności do wykonywania ww procedury.**

(WSKAZANE W OFERCIE KWOTY CENY ŚWIADCZEŃ WYRAŻONE W KWOTACH **NETTO** SĄ RÓWNOWAŻNE Z KWOTAMI **BRUTTO** ZE WZGLĘDU NA ZWOLNIENIE Z PODATKU VAT)

8. Zakres posiadanych kwalifikacji i uprawnień udokumentował załącznikami od nr 3a do nr.....
9. Oświadczam, iż świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania zabiegów kardiologii inwazyjnej udzielał przez okreslat i zobowiązuje się do okazania na żądanie Udzielającego zamówienia dokumentów potwierdzających wskazaną ilość lat praktyki zawodowej.

ZAŁĄCZNIKI:

1. Aktualny poświadczony wydruk z CEIDG - **zał. nr 1.**
2. Poświadczona kopia: wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez ORL lub wydruku książki rejestrowej podmiotów wykonujących działalność leczniczą – **zał. nr 2,**
3. Kopie dokumentów dotyczących prawa wykonywania zawodu lekarza i posiadanych kwalifikacji, w tym specjalizacji, tj.:
 - 1) *dypłom ukończenia studiów,*
 - 2) *prawo wykonywania zawodu lekarza,*
 - 3) *dypłom specjalizacji w dziedzinie kardiologii,*
 - 4) *certyfikat Asocjacji Interwencji Sercowo-Naczyniowych PTK do uzyskania uprawnień samodzielnego wykonywania zabiegów kardiologii inwazyjnej, i certyfikat samodzielnego operatora **lub** eksperta elektroterapii wydany przez Sekcję Zaburzeń rytmu PTK lub*
 - 5) *zaświadczenie podpisane przez Konsultanta Wojewódzkiego o wykonaniu co najmniej 300 zabiegów angioplastyki i co najmniej 600 koronarografii*
 - 6) *aktualny certyfikat lub zaświadczenie potwierdzające ukończenie szkolenia w zakresie ochrony radiologicznej pacjenta,*
 - 7) *paszport dozymetryczny*
 - 8) *inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe oferenta - **zał. nr 3a, 3b, 3c.... itd.***
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 wykonywania zabiegów kardiologii inwazyjnej z podaniem okresów, w których usługi te były świadczone – **zał. nr 6.**

W związku z wejściem w życie ustawy z dnia 14 czerwca 2024 r. o ochronie sygnalistów w Szpitalu Wolskim im. dr Anny Gostyńskiej Sp. z o. o. z siedzibą w Warszawie ustalono Procedurę dokonywania zgłoszeń naruszeń prawa i podejmowania działań następczych, która określa zasady, sposób dokonywania zgłoszeń naruszeń prawa i podejmowania działań następczych. Szczegółowe informacje znajdują Państwo pod linkiem <http://www.wolski.med.pl/sygnalisci/>

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 osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)

***** – niewypełnienie oferty dla oznaczonych pozycji objętych oceną oferty skutkuje uznaniem jej za podlegającą odrzuceniu z przyczyn formalnych .

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).