

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 całodobowych świadczeń zdrowotnych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym
realizowanych przez lekarzy wchodzących w skład zasobu kadrowego Szpitalnego Oddziału
Ratunkowego w siedzibie 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 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 świadczeń zdrowotnych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, realizowanych przez lekarzy wchodzących w skład zasobu kadrowego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego 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, SWKO oraz wzorem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń.
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. Oświadczam, iż Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej Sp. z o.o. **nie rozwiązał** z nim w ciągu 5 lat poprzedzających dzień ogłoszenia niniejszego konkursu umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym przedmiotem niniejszego postępowania w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie Oferenta.
7. Deklaruje:
- **minimalną** liczbę 12-sto godzinnych cykli wykonywania świadczeń zdrowotnych w miesiącu:cykli (obejmujących udzielanie świadczeń zarówno w dni powszednie jak również w soboty, niedziele i święta).
 - deklaruje **maksymalną** liczbę 12-sto godzinnych cykli wykonywania świadczeń zdrowotnych w miesiącu:cykli (obejmujących udzielanie świadczeń zarówno w dni powszednie jak również w soboty, niedziele i święta).
 - proponuje wynagrodzenie w wysokości zł **netto (równoważne z brutto)** za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.
8. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami od nr 3a do nr.....
9. Oświadczam, iż świadczeń zdrowotnych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym lub Izbie przyjęć udziela przez okreslat, z czego minimum 3 lata potwierdza zaświadczeniem dołączonym do formularza oferty.

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, w przypadku posiadania specjalizacji:
 - a) **dypłom ukończenia studiów;**
 - b) **aktualne prawo wykonywania zawodu lekarza;**
 - c) **lekarz posiada co najmniej 3 letnie udokumentowane doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym lub Izbie przyjęć oraz**
 - d) **dypłom potwierdzający posiadanie specjalizacji lub tytułu specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej lub;**
 - e) **dokument potwierdzający, że lekarz jest po trzecim roku specjalizacji z medycyny rodzinnej – z którego to dokumentu wynikać będzie etap realizacji danej specjalizacji lub**
 - f) **zaświadczenie, że lekarz, w ramach szkolenia specjalizacyjnego ukończył moduł podstawowy w dziedzinie chorób wewnętrznych,**
 - g) **w przypadku lekarza w trakcie szkolenia specjalizacyjnego istnieje dodatkowo wymóg pisemnej, pozytywnej opinii kierownika specjalizacji o prawie lekarza - w trakcie szkolenia specjalizacyjnego - do samodzielnego udzielania świadczeń zdrowotnych oraz zgoda (w SMK) do samodzielnego wykonywania dyżurów,**
 - h) **inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe – zał. nr 3a, 3b, itd.**
4. Wykaz podmiotów, w których oferent udzielał świadczeń zdrowotnych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym lub Izbie przyjęć 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. Dokumenty wymienione w **Informacji dla oferenta** (załącznik nr 1 do niniejszej oferty) niezbędne do zrealizowania obowiązku z art. 21 Ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich. – **zał. nr 4a, 4b i 4c** (w sytuacji nie wybrania oferenta w postępowaniu konkursowym dokumenty zostaną odesłane oferentowi).

**niepotrzebna skreślić*

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 wykonawcy 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 RODOⁱ 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)

ⁱ 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).