

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 chirurgii ogólnej w Poradni chirurgii ogólnej oraz oddziałach Szpitala Wolskiego**

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
lecniczym 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 chirurgii ogólnej w Poradni chirurgii ogólnej oraz w oddziałach Szpitala Wolskiego, 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 specjalistyczną praktykę lekarską w zakładzie leczniczym w zakresie, 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 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. Wskazuje możliwość udzielania świadczeń zdrowotnych w Poradni chirurgii ogólnej w ilości godzin przeciętnie **w miesiącu**, 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.
8. Deklaruje przeciętną liczbę **punktów** do wykonywania przeciętnie w miesiącu w Poradni chirurgii ogólnej.
9. Deklaruje przeciętną liczbę **konsultacji** do wykonywania przeciętnie w miesiącu w oddziałach Szpitala Wolskiego.
10. Proponuje następujące warunki wynagrodzenia:
 - a) wysokość stawki w kwociezł netto (równoważne z brutto) za 1 punkt rozliczeniowy wykonany, prawidłowo sprawozdany i wskazany do zapłaty przez NFZ.
 - b) wysokość stawki w kwociezł netto (równoważne z brutto) za wykonanie jednej konsultacji w oddziałach Szpitala Wolskiego.
11. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami od nr 3a do nr.....
12. Oświadcza, iż świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii ogólnej w poradni chirurgii ogólnej udzielał przez okreslat i zobowiązuje się do okazania na żądanie Udzielającego zamówienia dokumentów potwierdzających wskazaną ilość lat praktyki zawodowej.

ZALĄCZNIKI:

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 w dziedzinie chirurgii ogólnej lub II stopnia specjalizacji w dziedzinie chirurgii ogólnej,
 - 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 ogólnej w poradni chirurgii ogólnej 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 obowiązkowej polisy oc – **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 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).