

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 specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii inwazyjnej
w Ośrodku diagnostyki i terapii wewnątrznaczyniowej Szpitala Wolskiego im. dr Anny Gostyńskiej
Sp. z o.o.

Imię.....

Nazwisko.....

PESEL.....

Zawód.....

Nr prawa wykonywania zawodu.....

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

Nr dokumentu specjalizacji *.....

Nr księgi 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 specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii inwazyjnej i innych czynności diagnostyczno – leczniczych związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych wymaganych aktualnym stanem pacjenta, a także nadzór nad personelem medycznym zdobywającym doświadczenie i umiejętności wymagane w zakresie kardiologii inwazyjnej i monitorowanie wykonywanych przez te osoby czynności w tym zakresie, w Ośrodku diagnostyki i terapii wewnątrznaczyniowej Udzielającego zamówienia 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 Indywidualną Praktykę Lekarską w przedsiębiorstwie 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. Oświadczam, 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. Deklaruję minimalną i maksymalną liczbę godzin w miesiącu przeznaczonych na realizację przedmiotu umowy, tj. udzielania świadczeń zdrowotnych w Ośrodku diagnostyki i terapii wewnątrznaczyniowej.
8. Deklaruję minimalną i maksymalną liczbę punktów do wykonania w miesiącu w ramach realizacji przedmiotu umowy, tj. udzielania świadczeń zdrowotnych w Ośrodku diagnostyki i terapii wewnątrznaczyniowej.
9. Proponuje wysokość stawki w kwocie zł netto (równoważne z brutto) za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w Pracowni radiologii zabiegowej Ośrodka diagnostyki i terapii wewnątrznaczyniowej, w siedzibie Szpitala Wolskiego.
10. Proponuje wysokość stawki w kwocie zł netto (równoważne z brutto) za 1 punkt wewnętrzny wykonany – zgodnie z rozdziałem VIII SWKO w zakresie kardiologii inwazyjnej w Ośrodku diagnostyki i terapii wewnątrznaczyniowej.
11. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentowałam załącznikami od nr 3a do nr.....
12. Oświadczam, iż świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii inwazyjnej udzielałam przez okreslat i zobowiązuje się do okazania na żądanie Udzielającego zamówienia dokumentów potwierdzających wskazaną ilość lat praktyki zawodowej.

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:
 - a) **dyplom ukończenia studiów,**
 - b) **prawo wykonywania zawodu lekarza,**
 - c) **dyplom specjalizacji w dziedzinie kardiologii/uzyskania II° specjalizacji w kardiologii**
 - d) **Certyfikat Asocjacji Interwencji Sercowo – Naczyniowej Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego do uzyskania uprawnień samodzielnego operatora wykonywania zabiegów kardiologii inwazyjnej i Certyfikat samodzielnego operatora lub eksperta elektrotterapii wydany przez Sekcję Zaburzeń Rytmu PTK lub zaświadczenie podpisane przez kierownika ośrodka o wykonaniu co najmniej 500 urządzeń wszczepialnych rocznie oraz umiejętności kontroli urządzeń wszczepialnych,**
 - e) **oferent posiada zaświadczenie podpisane przez Konsultanta Wojewódzkiego o wykonaniu co najmniej 300 angioplastyk i co najmniej 600 koronarografii,**
 - f) **aktualny certyfikat szkolenia ochrony radiologicznej pacjenta oraz paszport dozymetryczny.**
 - g) **inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe oferenta - *zał. nr 3a, 3b, 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 przedmiotowym zakresie z podaniem okresów, w których usługi te były świadczone – **zał. nr 6**.

** niepotrzebne 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 znajdą Państwo pod linkiem <http://www.wolski.med.pl/sygnalistci/>

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).