

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 geriatry i chorób wewnętrznych w
Klinicznym Oddziale geriatryczno - internistycznym 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
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 geriatry i chorób
wewnętrznych w Klinicznym Oddziale geriatryczno - internistycznym Szpitala Wolskiego im. dr Anny Gostyńskiej
Sp. z o.o. 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 lecniczym 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 **min.** i **max.**liczbę godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w miesiącu.
8. Proponuje wysokość stawki w kwocie **zł netto (równoważne z brutto)** za jedną godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego postępowania konkursowego.
9. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami od nr 3a do nr.....
10. Oświadczam, iż świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób wewnętrznych lub geriatrii w oddziale o profilu geriatrycznym udzielał przez okreslat.
11. Oświadczam, iż **wyraża zgodę/ nie wyraża zgody*** na powierzenie w umowie zawartej z Udzielającym zamówienia zadań kierownika specjalizacji – wskazanych przez Ordynatora Klinicznego Oddziału Geriatryczno - Internistycznego lekarzy, realizujących w Klinicznym Oddziale Geriatryczno - Internistycznym program specjalizacji w dziedzinie geriatrii – zgodnie z art. 16m ust. 1 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

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, tj.:
 - dyplom ukończenia studiów;
 - prawo wykonywania zawodu lekarza;
 - dokument potwierdzający uzyskanie tytułu specjalisty lub specjalizacji II^O w dziedzinie chorób wewnętrznych lub geriatrii,
 - inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe – **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** lub złożone oświadczenie o przedłożeniu polisy najpóźniej w dniu podpisania umowy – **zał. nr 5,**
6. Wykaz podmiotów, w których oferent udzielał świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób wewnętrznych lub geriatrii w oddziale o profilu geriatrycznym 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 następnych, która określa zasady, sposób dokonywania zgłoszeń naruszeń prawa i podejmowania działań następnych. Szczegółowe informacje znajdują 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 publicznego 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 oferent 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 oferent nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).