

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 proktologii polegających na wykonywaniu badań, zabiegów i konsultacji specjalistycznych w Poradni proktologicznej i oddziałach szpitala, w tym w Klinicznym Oddziale chirurgii ogólnej i onkologicznej z częścią urazową Szpitala Wolskiego przez lekarzy prowadzących indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską w zakładzie podmiotu leczniczego**

Imię i nazwisko.....  
PESEL.....  
Zawód.....  
Nr prawa wykonywania zawodu.....  
Specjalizacja w zakresie (stopień).....  
Nr dokumentu potwierdzającego uzyskanie tytułu specjalisty.....  
Nr księgi rejestrowej w rejestrze indywidualnych lub indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich wykonywanych w zakładzie leczniczym prowadzonego przez właściwą ORL .....  
Data rozpoczęcia działalności wg. CEIDG.....  
NIP.....REGON.....  
Nr telefonu ..... adres e-mail .....  
Adres zamieszkania .....  
Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem zamieszkania).....  
.....

**Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie proktologii polegających na wykonywaniu badań, zabiegów i konsultacji specjalistycznych w Poradni proktologicznej i oddziałach szpitala, w tym w Klinicznym Oddziale chirurgii ogólnej i onkologicznej z częścią urazową Szpitala Wolskiego im. dr Anny Gostyńskiej Sp. z o.o. w Warszawie 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 lub 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. 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. W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie proktologii w Poradni proktologicznej:
  - deklaruje minimalną..... maksymalną ..... **liczbę punktów NFZ do wykonania w miesiącu** w terminach objętych niniejszym postępowaniem konkursowym oraz ze zgłaszanym harmonogramem na każdy kolejny miesiąc.
  - proponuje wysokość stawki w kwocie .....**zł netto** (równoważne z brutto) **za 1 punkt rozliczeniowy** wykonany, prawidłowo sprawozdany i wskazany do zapłaty przez NFZ.
8. W zakresie udzielania pozostałych świadczeń zdrowotnych w zakresie proktologii, tj. konsultacji specjalistycznych połączonych z wykonywaniem rektoskopii w oddziałach szpitala oferent deklaruje:
  - wykonanie przeciętnej maksymalnej liczby ..... konsultacji (z rektoskopią) w miesiącu,
  - proponuje wysokość stawki w kwocie ..... **zł netto** (równoważne z brutto) **za 1 konsultację specjalistyczną (w połączeniu z rektoskopią).**
- 9 W zakresie udzielania pozostałych świadczeń zdrowotnych w zakresie proktologii, tj. zabiegów specjalistycznych połączonych z wykonywaniem rektoskopii w oddziałach szpitala oferent deklaruje wykonanie przeciętnej szacunkowej liczby ..... (w ramach JGP F93); ..... (w ramach JGP F52); .....(w ramach JGP F30); .....(w ramach JGP J32) zabiegów operacyjnych w miesiącu:
  - proponuje wysokość stawki w kwocie .....**zł netto** (równoważne z brutto) **za wykonanie 1 zabiegu operacyjnego (w ramach JGP F93).**
  - proponuje wysokość stawki w kwocie .....**zł netto** (równoważne z brutto) **za wykonanie 1 zabiegu operacyjnego (w ramach JGP F52).**
  - proponuje wysokość stawki w kwocie .....**zł netto** (równoważne z brutto) **za wykonanie 1 zabiegu operacyjnego (w ramach JGP F30).**
  - proponuje wysokość stawki w kwocie .....**zł netto** (równoważne z brutto) **za wykonanie 1 zabiegu operacyjnego (w ramach JGP J32).**
9. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami od nr 3a do nr.....
10. Oświadcza iż posiada praktykę w wykonywaniu świadczeń zdrowotnych z dziedziny proktologii: .....lat i na żądanie Udzielającego zamówienie udokumentuje ww. oświadczenie.

#### **ZAŁĄCZNIKI:**

1. Poświadczony aktualny wydruk z CEIDG - **zał. nr 1,**
2. Poświadczona kopia wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (księga rejestrowa) – 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 - **zał. nr 3a, 3b, itd.,** tj.:
  - dyplom ukończenia studiów;
  - prawo wykonywania zawodu lekarza;
  - dokument potwierdzający uzyskanie tytułu specjalisty w dziedzinie chirurgii ogólnej/specjalizacji II° w dziedzinie chirurgii ogólnej;

- opcjonalnie inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje w tym certyfikat potwierdzający uprawnienia do wykonywania badań i zabiegów proktologicznych;
  - zaświadczenia o przebytych kursach, szkoleniach, warsztatach.
4. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia lub złożone oświadczenie o przedłożeniu w/w zaświadczenia w określonym terminie – **zał. nr 4**,
  5. Kserokopia polisy OC – **zał. nr 5**,
  6. Wykaz podmiotów, w których oferent udzielał świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań i zabiegów proktologicznych 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/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 RODO<sup>1</sup> 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)*

<sup>1</sup> 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).