

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 neurologii i rehabilitacji neurologicznej
w Szpitalu Wolskim im. dr Anny Gostyńskiej Spółce z ograniczoną odpowiedzialnością**

Imię.....
Nazwisko.....
PESEL.....
Zawód.....
Nr prawa wykonywania zawodu.....
Specjalizacja w zakresie (stopień specjalizacji)
Nr dokumentu specjalizacji.....
Nr wpisu do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich wykonywanych w zakładzie podmiotu
lecniczego prowadzonego przez właściwą ORL
Nr wpisu do ewidencji gospodarczej/ data rozpoczęcia działalności wg CEIDG.....
NIP.....REGON.....
Nr telefonue-mail
Adres zamieszkania
Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem zamieszkania).....
.....

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie neurologii i rehabilitacji neurologicznej w Szpitalu Wolskim im dr Anny Gostyńskiej Spółce z ograniczoną odpowiedzialnością 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 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. Deklaruje :
- przeciętnie w miesiącu w zakresie udzielania specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie neurologii i rehabilitacji neurologicznej w **Klinicznym Oddziale neurologicznym, Pododdziale rehabilitacji neurologicznej** – godz./ miesiąc (w dni powszednie w godzinach 8.00 – 13.00).
 - przeciętnie w miesiąculiczbę **punktów** do wykonywania w Poradni neurologicznej (pacjenci nie objęci programem lekowym);
 - przeciętnie w miesiącu realizację liczby wizyt w miesiącu dla pacjentów objętych programem lekowym **NFZ B.29 - Leczenie stwardnienia rozsianego** w Poradni neurologicznej.
8. Wskazuje możliwość udzielania świadczeń zdrowotnych w Poradni neurologicznej dla pacjentów objętych programem lekowym NFZ B.29 - Leczenie stwardnienia rozsianego, oraz dla pacjentów nie objętych programem lekowym w dni powszednie w godzinach 7.00 – 8.00 oraz 13.00 – 16.00 w następujące dniach:
-
-
-
-
-
9. Proponuje wysokość stawki w kwocie:
- **zł brutto za 1 godzinę** udzielania zdrowotnych w zakresie neurologii i rehabilitacji neurologicznej w Klinicznym Oddziale neurologicznym, Pododdziale rehabilitacji neurologicznej,
 - **zł brutto za 1 punkt** rozliczeniowy NFZ wykonany, prawidłowo sprawozdany i wskazany do zapłaty przez NFZ, zrealizowany w ramach zakresu: udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie neurologii w Poradni neurologicznej w trybie ambulatoryjnym, dla pacjentów nie objętych terapeutycznym programem lekowym,
 - **zł brutto za wizytę** pacjenta w ramach zakresu: udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie neurologii w Poradni neurologicznej w trybie ambulatoryjnym, dla pacjentów objętych terapeutycznym programem lekowym **NFZ B.29-Leczenie stwardnienia rozsianego**.
10. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami od nr 3a do nr.....
11. Oświadczam, iż świadczeń zdrowotnych w zakresie neurologii udzielał przez okres lat.

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:
 - dyplom ukończenia studiów;
 - aktualne prawo wykonywania zawodu lekarza;
 - dyplom specjalisty lub specjalizacji II stopnia w dziedzinie neurologii,

- udokumentowanie minimum 2 letniego doświadczenia w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w Oddziale/Pododdziale rehabilitacji neurologicznej i inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe - **zał. nr 3a, 3b.**
- 4. Wykaz podmiotów, w których oferent udzielał świadczeń zdrowotnych w zakresie neurologii z podaniem okresów, w których usługi te były udzielane – **zał. nr 4.**
- 5. Kserokopia obowiązkowej polisy oc – **zał. nr 5.**
- 6. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia – **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 następnych, która określa zasady, sposób dokonywania zgłoszeń naruszeń prawa i podejmowania działań następnych. 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).