

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 zakresie neurologii w Poradni neurologicznej oraz w
Klinicznym Oddziale neurologicznym Szpitala Wolskiego 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 zakresie neurologii w
Poradni neurologicznej oraz w Klinicznym Oddziale neurologicznym 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 zakładzie leczniczym w dziedzinie, wpisaną do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez ORL zgodnie z danymi wymienionymi 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 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 ramach zakresu a) w Poradni neurologicznej (pacjenci nie objętych programem lekowym):**
- Deklaruje realizację **minimalną**, **maksymalną** ilość **punktów** przeciętnie w miesiącu w zakresie neurologii (w dni powszednie w godzinach 15.30 – 18.00).
 - Proponuje wysokość stawki w kwocie **zł netto** (równoważne z brutto) - za 1 punkt w zakresie neurologii.
8. **W ramach zakresu b) w Poradni Neurologicznej w trybie ambulatoryjnym (pacjenci objęci programem lekowym):**
- Deklaruje realizację **minimalną**, **maksymalną** ilość wizyt przeciętnie w miesiącu w ramach Terapeutycznego Programu Lekowego NFZ B.29-Leczenie stwardnienia rozsianego.
 - Proponuje wysokość stawki w kwocie**zł netto** (równoważne z brutto) - za wizytę 1 pacjenta zrealizowaną w ramach Terapeutycznego Programu Lekowego NFZ B.29- Leczenie stwardnienia rozsianego.
 - Deklaruje realizację **minimalną**, **maksymalną** ilość wizyt przeciętnie w miesiącu w ramach Terapeutycznego Programu Lekowego NFZ B.28-Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy lub NFZ B.57 Leczenie pacjentów ze spastycznością kończyn (z podaniem toksyny botulinowej).
 - Proponuje wysokość stawki w kwocie**zł netto** (równoważne z brutto) - za wizytę 1 pacjenta zrealizowaną w ramach Terapeutycznego Programu Lekowego NFZ B.28- Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy lub NFZ B.57-Leczenie pacjentów ze spastycznością kończyn (z podaniem toksyny botulinowej).
9. **W ramach zakresu c) w Klinicznym Oddziale neurologicznym w ramach hospitalizacji jednodniowej pacjenta (pacjenci objęci programem lekowym):**
- Deklaruje realizację **minimalną**, **maksymalną** ilość wizyt przeciętnie w miesiącu w ramach Terapeutycznego Programu Lekowego NFZ B.28-Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy lub NFZ B.57-Leczenie pacjentów ze spastycznością kończyn (z podaniem toksyny botulinowej).
 - Proponuje wysokość stawki w kwocie**zł netto** (równoważne z brutto) - za wizytę 1 pacjenta zrealizowaną w ramach Terapeutycznego Programu Lekowego NFZ B.28-Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy lub NFZ B.57-Leczenie pacjentów ze spastycznością kończyn (z podaniem toksyny botulinowej).
10. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami od nr 3a do nr.....
11. Oświadczam, iż świadczeń zdrowotnych zakresie neurologii w udzielał przez okres**lat** 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) dokument potwierdzający uzyskanie tytułu specjalisty/ specjalizację II° w dziedzinie neurologii;

- d) udokumentowanie minimum 2 letniego doświadczenia w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w Oddziale neurologii;
 - e) inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe – **zał. nr 3a, 3b, itd.,**
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 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 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).