

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 diabetologii w Poradni
diabetologicznej 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 lub indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich
wykonywanych w zakładzie leczniczym 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 diabetologii w Poradni diabetologicznej 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 lub 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 liczbę **minpunktów i max punktów NFZ w miesiącu** udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszym postępowaniem konkursowym.
8. Wskazuje możliwość udzielania świadczeń zdrowotnych w następujących dniach i godzinach:

Poniedziałek:	od godz. do godz.
Wtorek:	od godz. do godz.
Środa:	od godz. do godz.
Czwartek:	od godz. do godz.
Piątek:	od godz. do godz.
9. Proponuje wysokość stawki w kwocie**zł netto** (równoważne z brutto) za 1 punkt rozliczeniowy wykonany, prawidłowo sprawozdany i wskazany do zapłaty przez NFZ w Poradni diabetologicznej.
10. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami od nr 3a do nr.....
11. Oświadcza, iż świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym konkursem udzielał w zakresie diabetologii 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, tj.:
 - dyplom ukończenia szkoły wyższej;
 - prawo wykonywania zawodu lekarza;
 - dokument potwierdzający uzyskanie tytułu specjalisty II stopnia/specjalisty w dziedzinie diabetologii lub II stopnia/specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w oddziale/poradni o profilu z zakresu diabetologii - **zał. nr 3, 3a,...**,
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 diabetologii w lecznictwie stacjonarnym z podaniem okresów, w których usługi te były świadczone – **zał. nr 6**.

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).