

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 kardiologii inwazyjnej w Ośrodku
diagnostyki i terapii wewnątrznaczyniowej 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 książki rejestrowej w rejestrze indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich wykonywanych w zakładzie
podmiotu leczniczego 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 kardiologii inwazyjnej w Ośrodku diagnostyki i terapii wewnątrznaczyniowej 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 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 ramach PAKIETU 1*:**
- W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii inwazyjnej tj. zabiegów specjalistycznych z zakresu wad strukturalnych serca dotyczących implantacji okluderów septalnych (PFO i ASD) oraz walwuloplastyki [ocenę ubytku w przegrodzie i zastawki uczestnictwo w monitorowanie ultrasonograficzne zakładania okludera i wykonania walwuloplastyki]; oferent deklaruje wykonanie przeciętnej szacunkowej liczby ;
 - **Proponuje wysokość stawki w kwociezł netto** (równoważne z brutto) za wykonywanie 1 zabiegu specjalistycznego z zakresu wad strukturalnych serca: implantacji okluderów septalnych (PFO i ASD) oraz walwuloplastyki.
8. **W ramach PAKIETU 2*:**
- W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii inwazyjnej tj. zabiegów specjalistycznych z zakresu wad strukturalnych serca dotyczących implantacji okluderów septalnych (PFO i ASD) oraz walwuloplastyki [założenie okluderów septalnych (PFO i ASD); wykonanie walwuloplastyki] oferent deklaruje wykonanie przeciętnej szacunkowej liczby ;
 - **Proponuje wysokość stawki w kwociezł netto** (równoważne z brutto) za wykonywanie 1 zabiegu specjalistycznego z zakresu wad strukturalnych serca: implantacji okluderów septalnych (PFO i ASD) oraz walwuloplastyki.
9. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami od nr 3a do nr.....
10. Oświadcza, iż świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania zabiegów kardiologii inwazyjnej udzielał 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:
 - a) dyplom ukończenia studiów,
 - b) prawo wykonywania zawodu lekarza,
 - c) dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu specjalisty w dziedzinie kardiologii, lub specjalizację II° z dziedziny kardiologii,
 - d) udokumentowane doświadczenie z zakresu uczestnictwa w zabiegach z zakresu wad strukturalnych serca poświadczone przez kierownika Ośrodka wykonującego ww. zabiegi - **w ramach Pakietu 1,**
 - e) certyfikat Asocjacji Interwencji Sercowo-Naczyniowych PTK do uzyskania uprawnień samodzielnego operatora wykonywania zabiegów kardiologii inwazyjnej - **w ramach Pakietu 2,**
 - f) aktualny certyfikat lub zaświadczenie potwierdzające ukończenie szkolenia w zakresie ochrony radiologicznej pacjenta- **w ramach Pakietu 2**
 - g) w przypadku obu ofert posiadanie paszportu dozymetrycznego lub potwierdzenie wysłania wniosku o wydanie paszportu dozymetrycznego w przypadku wyboru jego oferty najpóźniej do dnia zawarcia umowy z oferentem.

Wzór wniosku o wydanie paszportu można pobrać ze strony: <https://paa.gov.pl/strona-112-paszport-dozymetryczny.html> -inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe oferenta - **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 – **zał. nr 5,**
6. Wykaz podmiotów, w których oferent udzielał świadczeń zdrowotnych w przedmiotowym zakresie z podaniem okresów, w których usługi te były świadczone – **zał. nr 6.**

** w zależności od złożonej oferty*

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).