

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 całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie elektroradiologii
w Ośrodku diagnostyki i terapii wewnątrznaczyniowej Szpitala Wolskiego**

Imię.....
Nazwisko.....
PESEL.....
Zawód.....
Nr dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe.....
Nr wpisu do Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego:.....
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 całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie elektroradiologii w Ośrodku diagnostyki i terapii wewnątrznaczyniowej Szpitala Wolskiego 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. Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie osobiście.
4. Posiada *(na dzień rozpoczęcia udzielania świadczeń)* aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych (objętych konkursem ofert) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości **lub złoży oświadczenie, że dokument zostanie dostarczony Udzielającemu zamówienia najpóźniej w dniu podpisania umowy na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości** (wymóg minimalnej kwoty gwarantowanej 30 000 euro za jedno zdarzenie i 150 000 euro na wszystkie zdarzenia).
5. Oświadcza, iż Szpital Wolski **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.
6. Deklaruje **minimalną** i **maksymalną** liczbę godzin udzielania świadczeń w miesiącu.

7. Proponuje następujące warunki wynagrodzenia: wysokość stawki w kwociezł netto (równoważne z brutto) za każdą godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych.
8. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami od nr 2a do nr.....
9. Oświadczam, iż świadczeń zdrowotnych w zakresie elektroradiologii w pracowni hemodynamiki udzielał przez okres miesięcy /lat i zobowiązuje się do okazania na żądanie Udzielającego zamówienia dokumentów potwierdzających wskazaną ilość lat praktyki zawodowej.

ZAŁĄCZNIKI:

1. Poświadczony aktualny wydruk z CEIDG **potwierdzający rozpoczęcie działalności najpóźniej w dniu 01.01.2026 r.** – zał. nr 1
2. Kopie dokumentów dotyczących posiadanych kwalifikacji: **dyplom** potwierdzający ukończenie studiów wyższych: rozpoczętych po dniu 30 września 2012 r. w zakresie elektroradiologii obejmujących co najmniej 1700 godzin kształcenia w zakresie elektroradiologii i uzyskanie tytułu licencjata lub inżyniera, **dyplom** potwierdzający ukończenie studiów wyższych na kierunku lub w specjalności elektroradiologia obejmujących co najmniej 1700 godzin w zakresie elektroradiologii i uzyskanie tytułu licencjata lub inżyniera; **dyplom zawodowy** w zawodzie technik elektroradiolog lub technika elektroradiologii (w przypadku szkoły policealnej publicznej lub nie publicznej o uprawnieniach szkoły publicznej) oraz dodatkowo inne dokumenty **potwierdzające kwalifikacje w tym 6 miesięczne doświadczenie zawodowe w pracowni hemodynamiki poświadczone przez kierownika ośrodka** w tym zaświadczenie o ukończeniu kursu ochrony radiologicznej pacjenta – zał. zał. 2a, 2b, itd.
3. Kserokopia polisy OC lub złożone oświadczenie o przedłożeniu **polisy najpóźniej w dniu podpisania umowy** – zał. nr 3
4. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia – zał. nr 4
5. Paszport dozymetryczny lub potwierdzenie wysłania wniosku o wydanie paszportu dozymetrycznego. Wzór wniosku o wydanie paszportu można pobrać ze strony: <https://paa.gov.pl/strona-112-paszport-dozymetryczny.html> – zał. nr 5
6. **Dokument potwierdzający wpis do Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego** – 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 znajdą 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).