

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 z jednoczesnym pełnieniem funkcji lekarza kierującego Kliniknym Oddziałem neurologicznym, Kliniknym Oddziałem udarowym oraz Pododdziałem rehabilitacji neurologicznej oraz z jednoczesnym pełnieniem funkcji lekarza kierującego Poradnią neurologiczną 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 :
 - liczbę **godzin przeciętnie w miesiącu** w zakresie udzielania specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie neurologii i rehabilitacji neurologicznej w Kliniknym Oddziale neurologicznym, Kliniknym Oddziale udarowym oraz Pododdziale rehabilitacji neurologicznej, Poradni neurologicznej (w tym udzielanie konsultacji w zakresie neurologii i rehabilitacji neurologicznej pacjentom w innych komórkach organizacyjnych Szpitala Wolskiego) z jednoczesnym pełnieniem funkcji lekarza kierującego Kliniknym Oddziałem neurologicznym, Kliniknym Oddziałem udarowym oraz Pododdziałem rehabilitacji neurologicznej oraz z jednoczesnym pełnieniem funkcji lekarza kierującego Poradnią neurologiczną.

- minimalnąi maksymalnąliczbę godzin w miesiącu w zakresie **udzielania specjalistycznych** świadczeń zdrowotnych w zakresie neurologii i rehabilitacji medycznej w Klinicznym Oddziale neurologicznym, Klinicznym Oddziale udarowym oraz Pododdziale rehabilitacji medycznej **w ramach tzw. godzin dyżurowych wg. potrzeb Udzielającego zamówienia** (w tym konsultacji w zakresie neurologii i rehabilitacji neurologicznej pacjentom winnych komórkach organizacyjnych Szpitala Wolskiego) – **Udzielanie świadczeń ww. zakresie nie wyłącza pełnienia w tym czasie funkcji lekarza kierującego Klinicznym Oddziałem neurologicznym, Klinicznym Oddziałem udarowym oraz Pododdziałem rehabilitacji neurologicznej oraz Poradni neurologicznej,**
- minimalnąi maksymalną.liczbę punktów NFZ w miesiącu udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszym postępowaniem konkursowym.
- 8. **Proponuje wysokość stawki w kwocie:**
 - zł brutto za 1 godzinę udzielania zdrowotnych w zakresie neurologii i rehabilitacji neurologicznej w Klinicznym Oddziale neurologicznym, Klinicznym Oddziale udarowym oraz Pododdziale rehabilitacji neurologicznej, Poradni neurologicznej (w tym udzielanie konsultacji w zakresie neurologii i rehabilitacji neurologicznej pacjentom w innych komórkach organizacyjnych Szpitala Wolskiego) **z jednoczesnym pełnieniem funkcji lekarza kierującego Klinicznym Oddziałem neurologicznym, Klinicznym Oddziałem udarowym oraz Pododdziałem rehabilitacji neurologicznej oraz z jednoczesnym pełnieniem funkcji lekarza kierującego Poradnią neurologiczną,**
 - zł brutto za 1 godzinę udzielania zdrowotnych w zakresie neurologii i rehabilitacji neurologicznej w **Klinicznym Oddziale neurologicznym, Klinicznym Oddziale udarowym oraz Pododdziale rehabilitacji medycznej w ramach tzw. godzin dyżurowych wg. potrzeb Udzielającego zamówienia (w tym konsultacji w zakresie neurologii i rehabilitacji neurologicznej pacjentom w innych komórkach organizacyjnych Szpitala Wolskiego).**
 - 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,**
- 9. Oświadczam, że **wyraża zgodę/ nie wyraża zgody** na pełnienie zadań kierownika specjalizacji lekarzy odbywających specjalizację z neurologii w Szpitalu Wolskim im. dr Anny Gostyńskiej Sp. z o. o., zgodnie z programem specjalizacji oraz wymogami określonymi w art. 16 m. ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jedn. Dz. U. z 2024 r., poz. 1287).*
- 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,
 - **zaświadczenie, że oferent posiada minimum 10 letnie doświadczenie w pracy w oddziale neurologicznym i udarowym:**
 - posiada tytuł doktora hab. n med.,
 - 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.**

**Niepotrzebne skreślić*

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).