

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
- w Klinicznym Oddziale neurologicznym, Klinicznym Oddziale udarowym, Pododdziale rehabilitacji
neurologicznej,
- w Poradni neurologicznej**

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 w zakresie
neurologii:**

**- w Klinicznym Oddziale neurologicznym, Klinicznym Oddziale udarowym, Pododdziale rehabilitacji
neurologicznej,**

- w Poradni neurologicznej

**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 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. Oświadczam, 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 realizację w Poradni Neurologicznej wizyt z podaniem toksyny botulinowej:**
 a) wizyt przeciętnie w miesiącu dla pacjentów objętych programem (NFZ B.57 leczenie spastyczności kończyny górnej i/lub dolnej po udarze mózgu z użyciem toksyny botulinowej typu A),
 b) wizyt przeciętnie w miesiącu dla pacjentów objętych programem (NFZ B.133 profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą).
8. **Deklaruje realizację w Klinicznym Oddziale neurologicznym, Klinicznym Oddziale udarowym, Pododdziale rehabilitacji neurologicznej świadczeń z podaniem toksyny botulinowej:**
 a) przeciętnie w miesiącu dla pacjentów objętych programem (NFZ B.57 leczenie spastyczności kończyny górnej i/lub dolnej po udarze mózgu z użyciem toksyny botulinowej typu A),
 b) przeciętnie w miesiącu dla pacjentów objętych programem (NFZ B.133 profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą).
9. **Deklaruje realizację w Poradni Neurologicznej wizyt kontrolnych bez podania toksyny botulinowej:**
 a) wizyt przeciętnie w miesiącu dla pacjentów objętych programem (NFZ B.57 leczenie spastyczności kończyny górnej i/lub dolnej po udarze mózgu z użyciem toksyny botulinowej typu A)
 b) wizyt przeciętnie w miesiącu dla pacjentów objętych programem (NFZ B.133 profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą).
10. **Deklaruje realizację w Klinicznym Oddziale neurologicznym, Klinicznym Oddziale udarowym, Pododdziale rehabilitacji neurologicznej wizyt kontrolnych bez podania toksyny botulinowej:**
 a) wizyt przeciętnie w miesiącu dla pacjentów objętych programem (NFZ B.57 leczenie spastyczności kończyny górnej i/lub dolnej po udarze mózgu z użyciem toksyny botulinowej typu A)
 b) wizyt przeciętnie w miesiącu dla pacjentów objętych programem (NFZ B.133 profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą).
11. Proponuje wysokość stawki w kwocie:
 a).....**zł netto** (równoważne z brutto) - **za wizytę 1 pacjenta z podaniem toksyny botulinowej** zrealizowaną w ramach Programu o (NFZ B.57) oraz w ramach Programu (NFZ B.133) w Poradni Neurologicznej oraz Klinicznym Oddziale neurologicznym, Klinicznym Oddziale udarowym, Pododdziale rehabilitacji neurologicznej
 b).....**zł netto** (równoważne z brutto) - **za wizytę kontrolną 1 pacjenta bez podania toksyny botulinowej** zrealizowaną w ramach Programu o (NFZ B.57) oraz w ramach Programu (NFZ B.133) w Poradni Neurologicznej oraz Klinicznym Oddziale neurologicznym, Klinicznym Oddziale udarowym, Pododdziale rehabilitacji neurologicznej
12. Deklaruje liczbę **godzin** wykonywania świadczeń zdrowotnych w miesiącu w Poradni neurologicznej 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. |
13. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami od nr 3a do nr.....
14. 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;
 - prawo wykonywania zawodu lekarza;
 - dyplom specjalisty lub specjalizacji II stopnia w dziedzinie neurologii;
 - udokumentowane co najmniej roczne doświadczenie w leczeniu toksyną botulinową spastyczności kończyn górnej i/lub dolnej po udarze mózgu (stosownym zaświadczeniem Konsultanta Wojewódzkiego ds. Neurologii),
 - 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 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 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).