

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 neurologii
w Oddziale neurologicznym i Oddziale udarowym z Pododdziałem rehabilitacji neurologicznej
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 całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie neurologii Oddziale neurologicznym i Oddziale udarowym z Pododdziałem rehabilitacji neurologicznej 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 obowiązkowe 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 zakresu a) wykonywanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w dni powszednie w godzinach pomiędzy 7.30 a 15.00:**
 - deklaruje minimalną liczbę godzin wykonywania świadczeń w miesiącu,
 - deklaruje maksymalną liczbę godzin wykonywania świadczeń w miesiącu,
 - proponuje wysokość stawki w kwocie **zł netto (równoważne z brutto)** za jedną godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych w dni powszednie w godzinach pomiędzy 7.30 a 15.00 w okresie od dnia 01.06.2024 r. do dnia 30.06.2024 r.
 - proponuje wysokość stawki w kwocie **zł netto (równoważne z brutto)** za jedną godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych w dni powszednie w godzinach pomiędzy 7.30 a 15.00 w okresie od dnia 01.07.2024 r. do dnia 31.01.2025 r.
8. **W ramach zakresu b) wykonywanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w dni powszednie w godzinach pomiędzy 15.00 a 7.30 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i święta w godzinach pomiędzy 7.30 a 7.30 dnia następnego:**
 - deklaruje minimalną liczbę godzin wykonywania świadczeń w miesiącu,
 - deklaruje maksymalną liczbę godzin wykonywania świadczeń w miesiącu,
 - proponuje wysokość stawki w kwocie **zł netto (równoważne z brutto)** za jedną godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych w dni powszednie w godzinach pomiędzy 15.00 a 7.30 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i święta w godzinach pomiędzy 7.30 a 7.30 dnia następnego w okresie od dnia 01.06.2024 r. do dnia 30.06.2024 r.
 - proponuje wysokość stawki w kwocie **zł netto (równoważne z brutto)** za jedną godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych w dni powszednie w godzinach pomiędzy 15.00 a 7.30 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i święta w godzinach pomiędzy 7.30 a 7.30 dnia następnego w okresie od dnia 01.07.2024 r. do dnia 31.01.2025 r.
9. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami od nr 3a do nr.....
10. Oświadcza, iż świadczeń zdrowotnych w szpitalu w oddziale neurologicznym udzielał przez okreslat i zobowiązuje się do okazania na żądanie Udzielającego zamówienia dokumentów potwierdzających wskazaną ilość lat praktyki zawodowej.
11. Oświadcza, iż **wyraża zgodę/ nie wyraża zgody*** na powierzenie w umowie zawartej z Udzielającym zamówienia zadań kierownika specjalizacji – wskazanych przez Ordynatora Oddziału neurologicznego i Oddziału udarowego z Pododdziałem rehabilitacji neurologicznej lekarzy, realizujących w Oddziale neurologicznym i Oddziale udarowym z Pododdziałem rehabilitacji neurologicznej program specjalizacji w dziedzinie neurologii – zgodnie z art. 16m ust. 1 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry – **dotyczy oferentów składających ofertę na zakres a) wykonywanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w dni powszednie w godzinach pomiędzy 7.30 a 15.00.**

ZAŁĄCZNIKI:

1. Poświadczony 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 studiów;
 - prawo wykonywania zawodu lekarza;
 - dokument potwierdzający uzyskanie tytułu specjalisty lub specjalizacji II⁰ w dziedzinie neurologii lub
 - dokument potwierdzający odbywanie specjalizacji (ukończony minimum pierwszy rok specjalizacji) w dziedzinie neurologii. **W przypadku lekarza w trakcie specjalizacji wymagane jest złożenie pisemnej, pozytywnej opinii kierownika specjalizacji o prawie lekarza do udzielania samodzielnych świadczeń zdrowotnych i do samodzielnego wykonywania dyżurów.**
 - inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe – *zał. nr 3a, 3b, itd.,*
4. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia – *zał. nr 4*,
5. Kserokopia aktualnej obowiązkowej polisy OC – *zał. nr 5*,
6. Wykaz podmiotów, w których oferent udzielał świadczeń zdrowotnych w zakresie neurologii w oddziale neurologicznym z podaniem okresów, w których usługi te były świadczone – *zał. nr 6*.

* *niepotrzebne skreślić*

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).