

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 całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii w siedzibie Szpitala Wolskiego**

Imię .....

Nazwisko.....

PESEL.....

Zawód..... Nr prawa wykonywania zawodu.....

Specjalizacja w zakresie (stopień specjalizacji) .....

Nr dokumentu specjalizacji.....

Nr księgi 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 całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii w siedzibie 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, SWKO oraz wzorem umowy nie zgłasza zastrzeżeń.
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 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 **minimalną** liczbę godzin wykonywania świadczeń zdrowotnych w miesiącu: .....godzin. (obejmujących udzielanie świadczeń zarówno w dni powszednie jak również w soboty, niedziele i święta).
8. Deklaruje **maksymalną** liczbę godzin wykonywania świadczeń zdrowotnych w miesiącu: .....godzin. (obejmujących udzielanie świadczeń zarówno w dni powszednie jak również w soboty, niedziele i święta).
9. Proponuje następującą kwotę należności za realizację zamówienia:
  - a) wysokość stawki w kwocie .....zł brutto za każdą godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych w okresie od dnia 01.03.2025 r. do dnia 31.05.2025 r.
  - b) wysokość stawki w kwocie .....zł brutto za każdą godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych w okresie od dnia 01.06.2025 r. do dnia 30.06.2026 r.
10. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami od nr 3a do nr.....
11. Oświadczam, iż świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym konkursem udzielał w oddziałach szpitala 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:
  - a) dyplom ukończenia studiów;
  - b) aktualne prawo wykonywania zawodu lekarza;
  - c) dyplom potwierdzający posiadanie specjalizacji I lub II stopnia lub tytułu specjalisty w dziedzinie anestezyjologii i intensywnej terapii lub anestezyjologii,
  - d) **zaświadczenie, że oferent posiada nieprzerwane minimum 7 letnie doświadczenie (ciągłość w udzielaniu świadczeń) w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym postępowaniem konkursowym w oddziałach szpitala.**
  - e) **wskazane posiadanie zaświadczenia (opinii, rekomendacji) wystawionego przez Ordynatora/ kierownika oddziału anestezyjologii i intensywnej terapii potwierdzającego umiejętność:**
    - **przeprowadzania znieczulania na potrzeby chirurgii naczyniowej, w tym procedur endowaskularnych,**
    - **prowadzenia Oddziału intensywnej terapii, w tym terapii nerkozastępczej i leczenia żywieniowego**
  - f) inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe – **zał. nr 3a, 3b, itd.**
4. Wykaz podmiotów, w których oferent udzielał świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym postępowaniem konkursowym w oddziałach szpitala z podaniem okresów, w których usługi te były świadczone – **zał. nr 4,**
5. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia – **zał. nr 5,**
6. Kserokopia polisy OC – **zał. nr 6.**
7. 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 7.**

*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 znajdują Państwo pod linkiem <http://www.wolski.med.pl/sygnalisci/>*

### **Oświadczenie wykonawcy 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 RODO<sup>i</sup> wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia w niniejszym postępowaniu\*.

.....  
(podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)

---

<sup>i</sup> 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).