

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 aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych (objętych konkursem ofert)) 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 3a do nr.....
9. Oświadcza, iż świadczeń zdrowotnych w zakresie elektroradiologii w pracowni elektroterapii i hemodynamiki udzielał przez okres miesięcy /lat i zobowiązuje się do okazania na żądanie Udzielającego zamówienia dokumentów potwierdzających wskazaną ilość lat praktyki zawodowej.

ZAŁĄCZNIKI:

1. Formularz potwierdzający uprawnienia do wykonywania zawodu – *zał. nr 1*
2. Poświadczony aktualny wydruk z CEIDG – *zał. nr 2*
3. 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) – *zał. zał. 3a, 3b, itd.*
4. Formularz potwierdzający uprawnienia do wykonywania zawodu – *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*
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*
8. **Dokument potwierdzający** złożenie wniosku o wpis do Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego lub w przypadku posiadania wpisu **dokument potwierdzający wpis do Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego** – *zał. nr 8.*

* *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 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 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).