

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 specjalistycznych oraz całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii ogólnej w Klinicznym Oddziale chirurgii ogólnej i onkologicznej z częścią urazową 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 wpisu do rejestru indywidualnych/ 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 chirurgii ogólnej w Klinicznym Oddziale chirurgii ogólnej i onkologicznej z częścią urazową 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, SWKO oraz wzorem umowy i 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 lub 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 ciągu 5 lat poprzedzających dzień ogłoszenia niniejszego konkursu umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie

objętym przedmiotem niniejszego postępowania w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie Oferenta.

7. **W ramach PAKIETU A:**

- Deklaruje liczbę ..... godzin przeciętnie w miesiącu wykonywania świadczeń zdrowotnych w dni powszednie oraz dni wolne od pracy ustalone u Udzielającego zamówienia w godzinach pomiędzy 8.00 a 15.30,
- Proponuje wysokość stawki w kwocie ..... **zł netto (równoważne z brutto)** za jedną godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych w dni powszednie w godzinach pomiędzy 8.00 a 15.30

8. **W ramach PAKIETU B:**

- Deklaruje liczbę ..... godzin przeciętnie w miesiącu wykonywania świadczeń zdrowotnych w godzinach pomiędzy 15.30 a 8.00 dnia następnego (w dni powszednie oraz dni wolne od pracy ustalone u Udzielającego zamówienia) oraz w godzinach pomiędzy 8.00 a 8.00 dnia następnego (w soboty, niedziele i święta oraz dni wolne od pracy ustalone u Udzielającego zamówienia),
- Proponuje wysokość stawki w kwocie ..... **zł netto (równoważne z brutto)** za jedną godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych w godzinach pomiędzy 15.30 a 8.00 dnia następnego (w dni powszednie oraz dni wolne od pracy ustalone u Udzielającego zamówienia) oraz w godzinach pomiędzy 8.00 a 8.00 dnia następnego (w soboty, niedziele i święta oraz dni wolne od pracy ustalone u Udzielającego zamówienia).

9. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami od nr 3a do nr.....

10. Oświadczam, iż świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii ogólnej w szpitalu w oddziale chirurgicznym udzielał przez okres .....lat i zobowiązuje się do okazania na żądanie Udzielającego zamówienia dokumentów potwierdzających wskazaną ilość lat praktyki zawodowej.

11. Oświadczam, iż **wyraża zgodę/ nie wyraża zgody\*** na powierzenie w umowie zawartej z Udzielającym zamówienia zadań kierownika specjalizacji – wskazanych przez Ordynatora Klinicznego Oddziału chirurgii ogólnej i onkologicznej z częścią urazową lekarzy, realizujących w Klinicznym Oddziale chirurgii ogólnej i onkologicznej z częścią urazową program specjalizacji w dziedzinie chirurgii ogólnej – zgodnie z art. 16m ust. 1 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

**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 II<sup>o</sup> w dziedzinie chirurgii ogólnej
  - 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 polisy OC lub złożone oświadczenie o przedłożeniu polisy – **zał. nr 5,**
6. Wykaz podmiotów, w których oferent udzielał świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii ogólnej w oddziale chirurgicznym z podaniem okresów, w których usługi te były świadczone – **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**

\* 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 RODO<sup>1</sup> 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)*

---

<sup>1</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 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).