

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 tym związanych z realizacją terapeutycznych programów lekowych z użyciem toksyny botulinowej**

**- w Klinicznym Oddziale neurologicznym,**

**- w Pododdziale rehabilitacji neurologicznej z jednoczesnym wykonywaniem zadań lekarza zastępującego lekarza kierującego Pododdziałem 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 leczniczego prowadzonego przez właściwą ORL .....

Nr wpisu do ewidencji gospodarczej/ data rozpoczęcia działalności wg CEIDG.....

NIP.....REGON.....

Nr telefonu .....e-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 tym związanych z realizacją terapeutycznych programów lekowych z użyciem toksyny botulinowej:**

**- w Klinicznym Oddziale neurologicznym,**

**- w Pododdziale rehabilitacji neurologicznej z jednoczesnym wykonywaniem zadań lekarza zastępującego lekarza kierującego Pododdziałem 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. 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 średnią ..... liczbę godzin w miesiącu wykonywania świadczeń zdrowotnych w **Pododdziale rehabilitacji neurologicznej z jednoczesnym wykonywaniem zadań lekarza zastępującego lekarza kierującego Pododdziałem rehabilitacji neurologicznej** w godzinach od 7.30 do 15.00 w dni powszednie.
8. Deklaruje średnią liczbę godzin ..... oraz średnią ..... liczbę wizyt **pacjentów** w miesiącu w ramach terapeutycznych programów lekowych (NFZ B.57) z podaniem toksyny botulinowej w ramach hospitalizacji jednodniowej pacjenta w **Klinicznym Oddziale neurologicznym** w godzinach od 15.00 do 15.30 w dni powszednie.
9. Deklaruje realizację świadczeń w godzinach od 15.30 do 18.30 w dni powszednie w **Poradni Neurologicznej**:
  - a) średnią ..... liczbę godzin w miesiącu wykonywania świadczeń zdrowotnych w trybie ambulatoryjnym (przy 4 pacjentach na godzinę)
  - b) średnią ..... liczbę wizyt pacjentów w miesiącu z podaniem toksyny botulinowej w ramach terapeutycznych programów lekowych (NFZ B.57)
10. Proponuje wysokość stawki w kwocie.....zł **netto** (równoważne z brutto) za każdą godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych w **Pododdziale rehabilitacji neurologicznej z jednoczesnym wykonywaniem zadań lekarza zastępującego lekarza kierującego Pododdziałem rehabilitacji neurologicznej** w godzinach od 7.30 do 15.00 w dni powszednie.
11. Proponuje wysokość stawki w kwocie .....zł **netto** (równoważne z brutto) za wykonanie świadczenia w ramach terapeutycznych programów lekowych z użyciem toksyny botulinowej - (NFZ B.57) podanie toksyny botulinowej 1 pacjentowi w **Klinicznym Oddziale Neurologicznym** w godzinach od 15.00 do 15.30 w dni powszednie.
12. Proponuje wysokość stawki w kwocie .....zł **netto** (równoważne z brutto) za każdą godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych w **Poradni Neurologicznej (przyjęcie średnio 4 pacjentów na godzinę) w trybie ambulatoryjnym (bez podania toksyny botulinowej)**,

13. Proponuje wysokość stawki w kwocie .....**zł netto** (równoważne z brutto) **za wykonanie świadczenia w ramach terapeutycznych programów lekowych z użyciem toksyny botulinowej - za podanie toksyny botulinowej 1 pacjentowi w Poradni Neurologicznej w ramach terapeutycznych programów lekowych (NFZ B.57).**

14. **W Poradni neurologicznej w godzinach 15.30 a 18.30** deklaruję udzielanie świadczeń w następującym dniu i następujących godzinach dla pacjentów w trybie ambulatoryjnym oraz dla pacjentów przyjmowanych **w ramach** terapeutycznych programów lekowych z użyciem toksyny botulinowej:

Poniedziałek: od godz. .... do godz. ....(pacjenci w ramach programu lekowego)

od godz. .... do godz. .... (pacjencie nie objęci programami lekowymi)

Wtorek: od godz. .... do godz. ....(pacjenci w ramach programu lekowego)

od godz. .... do godz. .... (pacjencie nie objęci programami lekowymi)

Środa: od godz. .... do godz. ....(pacjenci w ramach programu lekowego)

od godz. .... do godz. .... (pacjencie nie objęci programami lekowymi)

Czwartek: od godz. .... do godz. ....(pacjenci w ramach programu lekowego)

od godz. .... do godz. .... (pacjencie nie objęci programami lekowymi)

Piątek: od godz. .... do godz. ....(pacjenci w ramach programu lekowego)

od godz. .... do godz. .... (pacjencie nie objęci programami lekowymi)

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

16. 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 oraz rehabilitacji medycznej;
  - zaświadczenie **Konsultanta Wojewódzkiego ds. Neurologii** potwierdzające co najmniej roczne doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w leczeniu toksyną botulinową,
  - *udokumentowane doświadczenie w kierowaniu Oddziałem rehabilitacji neurologicznej (optymalnie),*
  - 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 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 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 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).