

ulica i numer domu:.....
numer telefonu:.....email:.....
NR NIP.....
NR REGON.....
Specjalizacja w dziedzinie (stopień):.....

2.

CENA I TERMINY ŚWIADCZENIA USŁUG:

a) Dla oferentów świadczących usługi zdrowotne w Specjalistycznej Przychodni Przyszpitalnej w Poradni Okulistycznej Ogólnej i/lub w Poradni Leczenia Jaskry:

Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych za cenę brutto: kwotę brutto równoważącą% wartości wyceny katalogu grupy JGP za wykonanie 1 konsultacji.

Gwarantuję dyspozycyjność do realizacji w miesiącu maksymalnie konsultacji ustalanych szczegółowo w comiesięcznym harmonogramie.

b) Dla oferentów świadczących usługi zdrowotne finansowane z innych źródeł niż NFZ np. komercyjne/cennikowe, wynikające z zawartych umów, etc.) w Specjalistycznej Przychodni Przyszpitalnej w Poradni Okulistycznej Ogólnej i/lub Poradni Leczenia Jaskry:

Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych za cenę brutto: kwotę brutto równoważącą% kwot otrzymanych przez Udzielającego zamówienie za wykonanie 1 konsultacji.

Gwarantuję dyspozycyjność do realizacji w miesiącu maksymalnie konsultacji ustalanych szczegółowo w comiesięcznym harmonogramie.

c) Oferuje udzielanie konsultacji okulistycznych na wniosek innych Oddziałów Szpitala za stawkę..... zł brutto (słownie:), za udzielenie jednej konsultacji.

Gwarantuję dyspozycyjność do realizacji w miesiącu maksymalnie konsultacji ustalanych szczegółowo w comiesięcznym harmonogramie.

d) Deklaruję udzielanie świadczeń zdrowotnych w soboty, niedziele i święta.

- TAK

- NIE

* - proszę zaznaczyć właściwą ofertę

3.

OŚWIADCZENIA:

1. Oświadczam, że zapoznałem (am) się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” (wraz ze wszystkimi załącznikami) i nie zgłaszam zastrzeżeń do ich treści oraz że dokumentacja konkursowa jest wystarczająca do złożenia oferty.
2. Oświadczam, że w cenie/stawce oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty realizacji zamówienia w tym: koszty badań profilaktycznych, koszty dojazdu, koszty przeszkolenia, w szczególności w zakresie bhp i ppoż., koszty ubioru zgodnie z wymogami prawa i zasadami obowiązującymi u Udzielającego zamówienia oraz że cena nie zostanie zmieniona w trakcie wykonywania przedmiotu zamówienia.
3. Oświadczam, że dopuszczam na wniosek Udzielającego zamówienia, za zgodą obu stron, możliwość zmiany bądź rozszerzenia miejsca udzielania świadczeń a także możliwość zmiany bądź rozszerzenia grupy świadczeniobiorców objętych niniejszą umową.

4. Oświadczam, że spełniam warunki o których mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2026.156 ze zm.).
5. Oświadczam, że posiadam/ lekarze zatrudnieni w podmiocie posiadają aktualne orzeczenie o stanie zdrowia od lekarza medycyny pracy potwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania świadczeń zdrowotnych, wykonane na koszt własny bądź w przypadku braku powyższego orzeczenia, na dzień złożenia oferty zobowiązanie o przedłożeniu kopii orzeczenia o stanie zdrowia przed podpisaniem umowy.
6. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
7. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami oraz z zasadami etyki zawodowej;
8. Zobowiązuję się do podejmowania i prowadzenia działań mających na celu zapewnienie należytej jakości udzielanych świadczeń;
9. Posiadam/ lekarze zatrudnieni w podmiocie leczniczym posiadają odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do udzielania w/w rodzaju świadczeń.
10. Zobowiązuję się do przestrzegania praw pacjenta;
11. Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji dotyczących Udzielającego Zamówienia oraz związanych z realizacją umowy i które to informacje stanowią tajemnicę w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji;
12. Zobowiązuję się do zapoznania z Regulaminem Organizacyjnym oraz obowiązującymi procedurami wewnętrznymi Udzielającego Zamówienia przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych;
13. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów postępowania konkursowego.
14. Zostałem poinformowany, że:
 - a) Administratorem moich danych osobowych jest Szpital Czerniakowski Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ul. Stępińskiej 19/25, 00-739 Warszawa, e-mail: sekretariat@szpitalczerniakowski.waw.pl, tel.:(22) 318 62 01.
 - b) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych nadzorującego prawidłowość przetwarzania danych osobowych, z którym mogę się kontaktować pod numerem telefonu: (22) 318 63 60 (w godzinach 9:00-14:00) bądź wysyłając informację na adres e-mail: iod@szpitalczerniakowski.waw.pl.
 - c) Moje dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne w celu wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy.
 - d) Dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi Administrator zawarł umowę w związku z realizacją usług na rzecz Administratora (np. kancelarię prawną, dostawca oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych).
 - e) Dane nie będą udostępniane podmiotom zewnętrznym, przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowych oraz nie będą podlegały profilowaniu.
 - f) Mam prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie Administratora.
 - g) Moje dane osobowe będą przechowywane do momentu upływu okresu przewidzianego w przepisach prawa.
 - h) Przysługuje mi prawo dostępu do treści moich danych oraz prawo ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.

- i) Podanie danych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji celu ich przetwarzania. Konsekwencją niepodania danych osobowych jest brak możliwości realizacji umowy.
 - j) Administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o moje dane osobowe.
 - k) Zgodnie z art. 21 ust 1 i 2 Ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym- tj. Dz. z 2024 r. poz. 560 ze zm. moje dane zostaną sprawdzone w Rejestrze z dostępem ograniczonym lub w Rejestrze sprawców przestępstw na tle seksualnym. Oferta zostanie odrzucona jeżeli dane Oferenta figurują w w/w Rejestrach.
15. Oświadczam, że nie byłem (am) prawomocnie skazany (na) za czyny zabronione określone w rozdziale XIX i XXV Kodeku karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005. o przeciwdziałaniu narkomanii oraz nie wydano wobec mnie innego orzeczenia, w którym stwierdzono, iż dopuściłem (am) się takich czynów zabronionych, oraz że nie ma obowiązku wynikającego z orzeczenia sądu, innego uprawnionego organu lub ustawy stosowania się do zakazu przyjmowania wszelkich lub określonych stanowisk wykonywania wszelkich lub określonych zawodów albo działalności, związanych z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem, świadczeniem porad psychologicznych, rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizację innych zainteresowań przez małoletnich, lub z opieką nad nimi.

4.

ZAŁĄCZNIKI:

- 1. Wydruk wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego (aktualny, nie starszy niż 1 miesiąc) – zał. nr 1
- 2. Wydruk wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG) aktualny, nie starszy niż jeden miesiąc – zał. nr 2
- 3. Wydruk wpisu do KRS- dla podmiotów leczniczych- zał. Nr 2a
- 4. Poświadczone kopie dokumentów dotyczących dyplomu ukończenia studiów – zał. nr 3
- 5. Poświadczone kopie dokumentów dotyczących prawa wykonywania zawodu – zał. 4
- 6. Poświadczona kopia 1-szej i 2-giej strony Karty szkolenia specjalizacyjnego – dla lekarzy posiadających otwartą specjalizację (minimum 2 lata) – zał. 5
- 7. Poświadczone kopie dyplomu specjalizacji, doktoratu (dla lekarzy posiadających specjalizacje/doktorat) – zał.6, 6a,6b itd.
- 8. Przebieg pracy zawodowej z uwzględnieniem nazw oddziałów/klinik – zał. nr 7 (dla oferentów, którzy nie wykonywali w latach ubiegłych świadczeń zdrowotnych u Udzielającego Zamówienia)
- 9. Aktualna polisa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie odpowiedzialności cywilnej w zakresie odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną w wyniku realizacji umowy o udzielenie zamówienia art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2026.156 ze zm.) oraz Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia OC podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2019 r., poz. 866). Dotyczy to również odpowiedzialności cywilnej z tytułu przeniesienia chorób zakaźnych, w tym zarażenia wirusem HIV lub oświadczenie Oferenta o dostarczeniu polisy przed zawarcie umowy – zał. nr 8
- 10. Kserokopia orzeczenia o stanie zdrowia od lekarza medycyny pracy potwierdzającego brak przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania świadczeń zdrowotnych wykonana na koszt własny bądź w przypadku braku powyższego zaświadczenia na dzień złożenia oferty zobowiązanie o przedłożeniu kopii orzeczenia o stanie zdrowia przed podpisaniem umowy – zał. nr 9
- 11. Dodatkowe dokumenty potwierdzające inne kwalifikacje i umiejętności w zakresie przedmiotu niniejszej oferty – zał. Nr 10,10a itd.

12. Pełnomocnictwo wystawione zgodnie ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu oferenta - zał. Nr 11
13. Oświadczenie o zamieszkiwaniu/nie zamieszkiwaniu w innych krajach- zał. Nr 12
14. Oświadczenie o niekaralności – zał. Nr 13

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