

Warszawa, dnia.....

Szpital Czerniakowski Sp. z o.o.
w Warszawie
ul. Stępińska 19/25
00-739 Warszawa

FORMULARZ OFERTOWY

Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Szpitala Czerniakowskiego Sp. z o.o. w zakresie:

1. **Zakładu Diagnostyki Obrazowej** – świadczenia zdrowotne udzielane przez lekarza w czasie podstawowej ordynacji Zakładu/lub w czasie dyżuru przez lekarza specjalistę w dziedzinie:

– radiologii i diagnostyki obrazowej,

lub lekarza posiadającego otwartą specjalizację (minimum 3 lata) z zakresu:

– radiologii i diagnostyki obrazowej

* - proszę zaznaczyć właściwą ofertę

- **Pracowni Tomografii Komputerowej przy Zakładzie Diagnostyki Obrazowej** – świadczenia zdrowotne udzielane przez lekarza specjalistę w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej polegające na wykonywaniu i opisywaniu badań TK.

- **Pracowni Rentgenodiagnostyki przy Zakładzie Diagnostyki Obrazowej** – świadczenia zdrowotne udzielane przez lekarza specjalistę oraz lekarza posiadającego otwartą specjalizację (minimum 2 lata) w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej polegające na wykonywaniu i opisywaniu badań RTG.

- **Pracowni Ultrasonografii przy Zakładzie Diagnostyki Obrazowej** – świadczenia zdrowotne udzielane przez lekarza specjalistę w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej polegające na wykonywaniu i opisywaniu badań USG.

* - proszę zaznaczyć właściwą ofertę

na okres 12 miesięcy

1.

DANE OFERENTA:

Imię i nazwisko oferenta.....

Nazwa oferenta zgodnie z dokumentem rejestrowym:

.....

.....

Adres siedziby firmy:

kod:..... miejscowość:.....

ulica i numer domu:.....

numer telefonu:..... email:.....

Adres zamieszkania:

kod:..... miejscowość:.....

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 Zakładzie Diagnostyki Obrazowej (dyżury)

Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych za cenę brutto zł/godzinę.

Oferuję dyspozycyjność do realizacji świadczeń zdrowotnych w minimalnej ilości godzin w miesiącu kalendarzowym, ustalanych szczegółowo w comiesięcznym harmonogramie,

b) Dla oferentów świadczących usługi medyczne w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej w Pracowni Tomografii Komputerowej:

- za wykonywanie czynności lekarza w Pracowni Tomografii Komputerowej w ramach Zakładu - za 1 duży odcinek badania z opisem, tj. opis klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy, szyi, angiografii oferuję zł brutto za badanie

- za wykonywanie czynności lekarza w Pracowni Tomografii Komputerowej w ramach Zakładu - za 1 mały odcinek badania z opisem, tj. opis mózgu, zatok przynosowych, piramid kości skroniowych, odcinka kręgosłupa oferuję zł brutto za badanie

c) Dla oferentów świadczących usługi medyczne w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej w Pracowni Rentgenodiagnostyki:

za wykonywanie czynności lekarza w Pracowni Rentgenodiagnostyki w ramach Zakładu: oferuję cenę za 1 badanie zł brutto

d) Dla oferentów świadczących usługi medyczne w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej w Pracowni Ultrasonografii:

- za wykonywanie czynności lekarza w Pracowni Ultrasonograficznej (badania USG stawów) w ramach Zakładu oferuję cenę za 1 badanie zł brutto

- za wykonywanie czynności lekarza w Pracowni Ultrasonograficznej (badania Doppler Duplex) w ramach Zakładu oferuję cenę za 1 badanie zł brutto

- za wykonywanie czynności lekarza w Pracowni Ultrasonograficznej (badania inne niż Doppler Duplex) w ramach Zakładu oferuję cenę za 1 badanie zł brutto

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 2018 r. , poz. 2190 z późn. zm.).

5. Oświadczam, że posiadam aktualne orzeczenie o stanie zdrowia od lekarza medycyny pracy potwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy, wykonane na koszt własny bądź w przypadku braku powyższego orzeczenia, na dzień złożenia oferty zobowiązanie o przedłożeniu kopii orzeczenia o stanie zdrowia na dzień podpisania 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 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.

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. Poświadczona kopie dokumentów dotyczących dyplomu ukończenia studiów – zał. nr 3
4. Poświadczona kopie dokumentów dotyczących prawa wykonywania zawodu – zał. 4
5. Poświadczona kopia 1-szej i 2-giej strony Karty szkolenia specjalizacyjnego – dla lekarzy posiadających otwartą specjalizację (minimum 2 lata) – zał. 5
6. Poświadczona kopie dyplomu specjalizacji, doktoratu (dla lekarzy posiadających specjalizacje/doktorat) – zał.6, 6a,6b itd.
7. Przebieg pracy zawodowej z uwzględnieniem nazw oddziałów/klinik – zał. nr 7 (dla oferentów, którzy nie wykonywali w latach ubiegłych świadczeń zdrowotnych u Udzielającego Zamówienia)
8. 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 2018 r. , poz. 2190 z późn. zm.) oraz Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia OC podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2011 r. Nr 293 poz. 1729). Dotyczy to również odpowiedzialności cywilnej z tytułu przeniesienia chorób zakaźnych, w tym zarażenia wirusem HIV lub oświadczenie Oferenta o dostarczeniu polisy najpóźniej w dniu zawarcia umowy – zał. nr 8
9. Kserokopia orzeczenia o stanie zdrowia od lekarza medycyny pracy potwierdzającego brak przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy, wykonana na koszt własny bądź w przypadku braku powyższego

10. zaświadczenia na dzień złożenia oferty zobowiązanie o przedłożeniu kopii orzeczenia o stanie zdrowia na dzień podpisania 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

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