

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 Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w czasie podstawowej ordynacji Oddziału i/lub w czasie dyżuru przez: lekarza specjalistę z I i II stopniem specjalizacji lub przez podmioty lecznicze zatrudniające lekarzy specjalistów:

- medycyny ratunkowej,
- chirurgii ogólnej,
- anestezjologii i intensywnej terapii,
- chorób wewnętrznych,
- ortopedii i traumatologii narządu ruchu
- lekarzy systemu w rozumieniu art. 3 pkt 3. Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 08 września 2006 r. (Dz.U. z 2016 r., poz. 1868 z późn. zmianami).

\* - proszę zaznaczyć właściwą ofertę

lub lekarza bądź przez podmioty lecznicze zatrudniające lekarzy posiadających otwartą specjalizację (minimum 2 lata) z zakresu:

- medycyny ratunkowej,
- chirurgii ogólnej,
- anestezjologii i intensywnej terapii,
- chorób wewnętrznych,
- ortopedii i traumatologii narządu ruchu
- lekarzy systemu w rozumieniu art. 3 pkt 3. Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 08 września 2006 r. (Dz.U. z 2016 r., poz. 1868 z późn. zmianami).

\* - proszę zaznaczyć właściwą ofertę

1.

#### DANE OFERENTA:

Imię i nazwisko oferenta.....

PESEL.....

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) lub otwarta specjalizacja (lata)

2.

#### CENA I TERMINY ŚWIADCZENIA USŁUG:

##### 1. Oferowana stawka za udzielanie świadczeń zdrowotnych za:

1) Minimum 72 godzin udzielania świadczeń zdrowotnych miesięcznie ..... zł/godz.

2) Poniżej 72 godzin udzielania świadczeń zdrowotnych miesięcznie ..... zł/godz.

##### 2. Orientacyjna deklarowana liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w miesiącu z zastrzeżeniem, że każdorazowo będzie ustalana szczegółowo w comiesięcznym harmonogramie:

..... godzin miesięcznie.

3.

#### OŚWIADCZENIA:

- 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.
- 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.
- 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.
- Oświadczam, że spełniam warunki o których mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej ( Dz. U. z 2018 r. , poz. 160 z późn. zmianami).
- 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
- Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
- Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami oraz z zasadami etyki zawodowej;
- Zobowiązuję się do podejmowania i prowadzenia działań mających na celu zapewnienie należytej jakości udzielanych świadczeń;
- 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. Zobowiązuję się do odbycia wstępnego szkolenia z zakresu podstawowych zasad zapobiegania zakażeniom szpitalnym przeprowadzonego przez lekarza epidemiologa Udzielającego Zamówienia.
14. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów postępowania konkursowego.
15. 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.

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. Poświadczony kopie dokumentów dotyczących dyplomu ukończenia studiów – zał. nr 3
4. Poświadczony 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. Poświadczono 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. 160 z późn. zmianami) 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 zaświadczenia na dzień złożenia oferty zobowiązanie o przedłożeniu kopii orzeczenia o stanie zdrowia na dzień podpisania umowy – zał. nr 9
10. Dodatkowe dokumenty potwierdzające inne kwalifikacje i umiejętności w zakresie przedmiotu niniejszej oferty – zał. Nr 10,10a itd.
11. 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)*