

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 w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej

I. W czasie podstawowej ordynacji Zakładu i/lub w czasie dyżuru przez:

- lekarza specjalistę w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej
lub
 – lekarza posiadającego otwartą specjalizację (minimum 2 lata) z zakresu radiologii i diagnostyki obrazowej

* - proszę zaznaczyć właściwą ofertę

II. Opisywanie i wykonywanie badań diagnostycznych w:

- **Pracowni tomografii komputerowej**– świadczenia zdrowotne udzielane przez lekarza specjalistę lub lekarza posiadającego otwartą specjalizację (minimum 3 lata) w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej polegające na wykonywaniu i opisywaniu badań TK.

- **Pracowni rentgenowskiej**– świadczenia zdrowotne udzielane przez lekarza specjalistę lub lekarza posiadającego otwartą specjalizację (minimum 3 lata) w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej polegające na wykonywaniu i opisywaniu badań RTG.

- **Pracowni ultrasonograficznej**– świadczenia zdrowotne udzielane przez lekarza specjalistę lub lekarza posiadającego otwartą specjalizację (minimum 3 lata) w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej polegające na wykonywaniu i opisywaniu badań USG.

* - 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:

- a) Dla oferentów świadczących usługi zdrowotne w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej (dyżury)
1. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych za cenę brutto zł/godzinę.
 2. Oferuję dyspozycyjność do realizacji świadczeń zdrowotnych w maksymalnej ilości godzin w miesiącu kalendarzowym, ustalanych szczegółowo w comiesięcznym harmonogramie,
 3. W przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych w podstawowej ordynacji oraz podczas pełnienia dyżuru medycznego, polegających na dodatkowym opisywaniu planowanych badań Tomografii Komputerowej w ramach umowy z NFZ, oferuję stawkę w wysokości zł brutto za każdy opisany odcinek badania TK.
- b) Dla oferentów świadczących usługi medyczne w Pracowni tomografii komputerowej:
- za opis 1 odcinka badania 1 okolicy anatomicznej oferuję zł brutto i maksymalnie opisów badań miesięcznie.
- c) Dla oferentów świadczących usługi medyczne w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej w Pracowni rentgenowskiej:
- za opis 1 badania RTG oferuję zł brutto i maksymalnie opisów badań miesięcznie.
- d) Dla oferentów świadczących usługi medyczne w Pracowni ultrasonograficznej:
- za wykonanie 1 badania USG stawów oferuję cenę za 1 badanie zł brutto i maksymalnie opisów badań miesięcznie.
- za wykonanie 1 badania Doppler Duplex oferuję zł brutto i maksymalnie opisów badań miesięcznie.
- za wykonanie 1 badania USG jamy brzusznej i tkanek miękkich oferuję cenę za 1 badanie zł brutto i maksymalnie opisów badań miesięcznie.

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 2020 r., poz. 295).
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.
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.

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. nr 4
5. Poświadczona kopia 1-szej i 2-giej strony Karty szkolenia specjalizacyjnego – dla lekarzy posiadających otwartą specjalizację (minimum 2 lata) – zał. nr 5
6. Poświadczony kopie dyplomu specjalizacji, doktoratu (dla lekarzy posiadających specjalizację/doktorat) – zał. Nr 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 2020, poz. 295) 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 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. Kserokopia ważnego certyfikatu Ochrona Radiologiczna Pacjenta – zał. nr 10
11. Dodatkowe dokumenty potwierdzające inne kwalifikacje i umiejętności w zakresie przedmiotu niniejszej oferty – zał. Nr 11,11a 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 12

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