

Warszawa, dnia.....

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

## FORMULARZ OFERTOWY

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych realizowanych przez indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie w zakresie w zakresie chirurgii kręgosłupa dotyczące schorzeń zwyrodnieniowych, nowotworów kręgosłupa oraz urazów w Szpitalu Czerniakowskim Sp. z o.o. w Warszawie w okresie od dnia 24 listopada 2021 r. do dnia 30 listopada 2022 r.

Wymagania wobec Świadczeniodawców:  
lekarz z I i II stopniem specjalizacji w zakresie:

- neurochirurgii,
- ortopedii i traumatologii narządu ruchu,

\* - 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):.....

### 2. CENA I TERMINY ŚWIADCZENIA USŁUG:

- a) Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych za cenę brutto: kwotę brutto równą .....% wartości wyceny JGP NFZ za wykonanie 1 operacji kompleksowego zabiegu korekcyjnego kręgosłupa w podstawowej ordynacji Oddziału i/lub w czasie dyżuru.

Gwarantuję dyspozycyjność do realizacji w miesiącu maksymalnie ..... operacji kompleksowego zabiegu korekcyjnego kręgosłupa ustalanych szczegółowo w comiesięcznym harmonogramie w podstawowej ordynacji Oddziału i/lub w czasie dyżuru (ilość w sztukach).

- b) Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych za cenę brutto: kwotę brutto równoważącą .....% wartości wyceny JGP NFZ za wykonanie 1 zabiegu na kręgosłupie z zastosowaniem implantów w podstawowej ordynacji Oddziału i/lub w czasie dyżuru.

Gwarantuję dyspozycyjność do realizacji w miesiącu maksymalnie ..... zabiegów na kręgosłupie z zastosowaniem implantów ustalanych szczegółowo w comiesięcznym harmonogramie w podstawowej ordynacji Oddziału i/lub w czasie dyżuru (ilość w sztukach).

- c) Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych za cenę brutto: kwotę brutto równoważącą .....% wartości wyceny JGP NFZ za wykonanie 1 zabiegu na kręgosłupie bez stosowania implantów w podstawowej ordynacji Oddziału i/lub w czasie dyżuru.

Gwarantuję dyspozycyjność do realizacji w miesiącu maksymalnie ..... zabiegów na kręgosłupie bez stosowania implantów ustalanych szczegółowo w comiesięcznym harmonogramie w podstawowej ordynacji Oddziału i/lub w czasie dyżuru (ilość w sztukach).

- d) Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych za cenę brutto: kwotę brutto równoważącą .....% wartości wyceny JGP NFZ za wykonanie 1 dużego zabiegu na rdzeniu kręgowym i w kanale kręgowym w podstawowej ordynacji Oddziału i/lub w czasie dyżuru.

Gwarantuję dyspozycyjność do realizacji w miesiącu maksymalnie ..... dużych zabiegów na rdzeniu kręgowym i w kanale kręgowym ustalanych szczegółowo w comiesięcznym harmonogramie w podstawowej ordynacji Oddziału i/lub w czasie dyżuru (ilość w sztukach).

### 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 2021 r., poz. 711 t. j.).
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. Oświadczam, że posiadam minimum 10-letnie doświadczenie w przeprowadzaniu zabiegów dotyczących chirurgii kręgosłupa, w tym udokumentowaną pracę w ośrodku ze specjalizacją w chirurgii kręgosłupa.
8. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami oraz z zasadami etyki zawodowej;



9. Zobowiązuję się do podejmowania i prowadzenia działań mających na celu zapewnienie należytej jakości udzielanych świadczeń;
10. Posiadam odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do udzielania w/w rodzaju świadczeń.
11. Zobowiązuję się do przestrzegania praw pacjenta;
12. 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;
13. Zobowiązuję się do zapoznania z Regulaminem Organizacyjnym oraz obowiązującymi procedurami wewnętrznymi Udzielającego Zamówienia przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych;
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. Poświadczony kopie dyplomu specjalizacji, doktoratu (dla lekarzy posiadających specjalizację/doktorat) – zał.6, 6a,6b itd.

6. Przebieg pracy zawodowej z uwzględnieniem nazw oddziałów/klinik – zał. nr 7 (dla oferentów, którzy nie wykonywali w latach ubiegłych świadczeń zdrowotnych u Udzielającego Zamówienia)
7. 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 2021 r., poz. 711 t. j.) 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
8. 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
9. Dodatkowe dokumenty potwierdzające inne kwalifikacje i umiejętności w zakresie przedmiotu niniejszej oferty – zał. Nr 10,10a itd.
10. 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)*