Załącznik nr 1 do Uchwały Zarządu Szpitala Czerniakowskiego Sp. z o.o.
Nr 6/IV/2022 z dnia 8 stycznia 2022 r.

(Załącznik nr 3 do Uchwały
Zarządu Szpitala Czerniakowskiego Sp. z o.o.
Nr 8 /IV/2022 r. z dnia 17 stycznia 2022 r).

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:

I. Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii

Wymagania wobec Świadczeniodawców:

lekarz ze specjalizacją w zakresie: **lub lekarz posiadający otwartą specjalizację z zakresu:**

□ –anestezjologii i intensywnej terapii □ - anestezjologii i intensywnej terapii,

* - 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 ..... zł za 1 godzinę udzielania świadczeń w podstawowej ordynacji Oddziału i/lub w czasie dyżuru w dni powszednie.

(Załącznik nr 3 do Uchwały
Zarządu Szpitala Czerniakowskiego Sp. z o.o.
Nr 8 /IV/2022 r. z dnia 17 stycznia 2022 r).

Gwarantuję dyspozycyjność do realizacji w miesiącu maksymalnie ..... godzin udzielania świadczeń zdrowotnych, ustalanych szczegółowo w comiesięcznym harmonogramie.

B) Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych za cenę brutto ..... zł za 1 godzinę udzielania świadczeń w soboty, niedziele i święta.

Gwarantuję dyspozycyjność do realizacji w miesiącu maksymalnie ..... godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w soboty, niedziele i święta, ustalanych szczegółowo w comiesięcznym harmonogramie.

C) Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych za cenę brutto ..... zł za 1 godzinę udzielania świadczeń poza godzinami ordynacji i dyżurami (po godzinie 15.20 / soboty/niedziele i święta) do zabiegów planowych

Gwarantuję dyspozycyjność do realizacji w miesiącu maksymalnie ..... godzin udzielania świadczeń zdrowotnych, ustalanych szczegółowo w comiesięcznym harmonogramie poza godzinami ordynacji i dyżurami (po godzinie 15.20 / soboty) do zabiegów planowych.

D) Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych za cenę brutto ..... zł za 1 godzinę pozostawania w gotowości „dyżuru pod telefonem".

Gwarantuję dyspozycyjność do realizacji w miesiącu maksymalnie ..... godzin udzielania świadczeń zdrowotnych, ustalanych szczegółowo w comiesięcznym harmonogramie „dyżuru pod telefonem"

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 niniejsza umową.
4. Oświadczam, że spełniam warunki, o których mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 20121r. , poz. 711 t. j.).
5. Oświadczam, że posiadam aktualne orzeczenie o stanie zdrowia od lekarza medycyny pracy potwierdzające brak przeciwskazań 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. Zobowiązuje 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 postepowania 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. Konsekwencja 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

(Załącznik nr 3 do Uchwały
Zarządu Szpitala Czerniakowskiego Sp. z o.o.
Nr 8 /IV/2022 r. z dnia 17 stycznia 2022 r).

2. Wydruk wpisu do **Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG)aktualny, nie starszy niż jeden miesiąc** – zał. nr 2
3. Poświadczone kopie dokumentów dotyczących **dyplomu ukończenia studiów** – zał. nr 3
4. Poświadczone 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. Poświadczone 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 2021r. poz. 711) 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. 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)