Załącznik nr 3 do Uchwały
Zarządu Szpitala Czerniakowskiego Sp. z o.o. Nr 15/V/2023.
z dnia 29.08.2023 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 stanowisku Zastępcy Kierownika Zakładu Diagnostyki Obrazowej w czasie podstawowej ordynacji Oddziału i/lub w czasie dyżuru w Szpitalu Czerniakowskim Sp. z o.o.

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:

1.Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych za cenę brutto ..... zł za 1 godzinę udzielania świadczeń.

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

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

2. Oferuję wykonywanie świadczeń w zakresie kierowania Zakładem Diagnostyki Obrazowej w zastępstwie Kierownika za cenę ryczałtu w wysokości..... zł brutto (słownie złotych: .....) miesięcznie, w przypadku przepracowania w miesiącu 160 godzin i więcej. W przypadku przepracowania w miesiącu mniejszej liczby godzin niż 160, ryczałt ten podlega proporcjonalnemu obniżeniu

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.

Gwarantuję dyspozycyjność do opisania w miesiącu maksymalnie ..... odcinków badania TK.

4. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych za cenę brutto ..... zł za opisania 1 badania RM wysokospecjalistycznego.

Gwarantuję dyspozycyjność do realizacji opisania w miesiącu maksymalnie ..... w/w badań.

5. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych za cenę brutto ..... zł za opisania 1 badania RM standardowego.

Gwarantuję dyspozycyjność do realizacji opisania w miesiącu maksymalnie ..... w/w badań.

6. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych za cenę brutto ..... zł za nadzorowanie wykonania badań RM.

Gwarantuję dyspozycyjność do realizacji nadzorowania w miesiącu maksymalnie ..... w/w świadczenia.

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 2023.991 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. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów postepowania konkursowego.
14. Zostałem poinformowany, że:

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.**

a) 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.

b) 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.

c) 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).

d) Dane nie będą udostępniane podmiotom zewnętrznym, przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowych oraz nie będą podlegały profilowaniu.

e) Mam prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie Administratora.

f) Moje dane osobowe będą przechowywane do momentu upływu okresu przewidzianego w przepisach prawa.

g) Przysługuje mi prawo dostępu do treści moich danych oraz prawo ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.

h) Podanie danych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji celu ich przetwarzania. Konsekwencja niepodania danych osobowych jest brak możliwości realizacji umowy.

i) 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. Poświadczone kopie dokumentów dotyczących **dyplomu ukończenia studiów** – zał. nr 3
4. Poświadczone kopie dokumentów dotyczących **prawa wykonywania zawodu** – zał. 4
5. Poświadczone kopie dyplomu specjalizacji, doktoratu (dla lekarzy posiadających specjalizacje/doktorat) – zał.5, 5a,5b itd.
6. Przebieg pracy zawodowej z uwzględnieniem nazw oddziałów/klinik – zał. nr 6 (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 2023.991 t. j.) oraz Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. 2019 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 7

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 8
9. Dodatkowe dokumenty potwierdzające inne kwalifikacje i umiejętności w zakresie przedmiotu niniejszej oferty – zał. Nr 9, 9a 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 10

.....

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