

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 Koordynatora Bloku Operacyjnego Oddziału Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej 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 pełnienie funkcji Koordynatora Bloku Operacyjnego Oddziału Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej za cenę ryczałtu w wysokości..... zł brutto (słownie złotych: .....).
2. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych za cenę brutto: kwotę brutto równowąca .....% wartości wyceny JGP NFZ za wykonanie 1 operacji piersi (leczenie oszczędzające, mastektomia, mastektomia z rekonstrukcją).

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

3. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych za cenę brutto: kwotę brutto równoważącą .....% wartości wyceny JGP NFZ za wykonanie 1 operacji tarczycy.  
Gwarantuję dyspozycyjność do realizacji w miesiącu maksymalnie..... operacji tarczycy ustalanych szczegółowo w comiesięcznym harmonogramie w podstawowej ordynacji Oddziału i/lub w czasie dyżuru (ilość w sztukach).
4. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych za cenę brutto: kwotę brutto równoważącą .....% wartości wyceny JGP NFZ za wykonanie 1 operacji jelita grubego.  
Gwarantuję dyspozycyjność do realizacji w miesiącu maksymalnie ..... operacji jelita grubego ustalanych szczegółowo w comiesięcznym harmonogramie w podstawowej ordynacji Oddziału i/lub w czasie dyżuru (ilość w sztukach).
5. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych za cenę brutto: kwotę brutto równoważącą .....% wartości wyceny JGP NFZ za wykonanie 1 innej operacji przewodu pokarmowego: przełyk, żołądek, trzustka.  
Gwarantuję dyspozycyjność do realizacji w miesiącu maksymalnie ..... innych operacji z przewodu pokarmowego ustalanych szczegółowo w comiesięcznym harmonogramie w podstawowej ordynacji Oddziału i/lub w czasie dyżuru (ilość w sztukach).
6. Oferuję asystowanie przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych za cenę brutto: kwotę brutto równoważącą .....% wartości wyceny JGP NFZ za wykonanie 1 operacji piersi (leczenie oszczędzające, mastektomia, mastektomia z rekonstrukcją).  
Gwarantuję dyspozycyjność do realizacji asystowania w miesiącu maksymalnie ..... operacji piersi ustalanych szczegółowo w comiesięcznym harmonogramie w podstawowej ordynacji Oddziału i/lub w czasie dyżuru (ilość w sztukach).
7. Oferuję asystowanie przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych za cenę brutto: kwotę brutto równoważącą .....% wartości wyceny JGP NFZ za wykonanie 1 operacji tarczycy.  
Gwarantuję dyspozycyjność do realizacji asystowania w miesiącu maksymalnie..... operacji tarczycy ustalanych szczegółowo w comiesięcznym harmonogramie w podstawowej ordynacji Oddziału i/lub w czasie dyżuru (ilość w sztukach).
8. Oferuję asystowanie przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych za cenę brutto: kwotę brutto równoważącą .....% wartości wyceny JGP NFZ za wykonanie 1 operacji jelita grubego.  
Gwarantuję dyspozycyjność do realizacji asystowania w miesiącu maksymalnie ..... operacji jelita grubego ustalanych szczegółowo w comiesięcznym harmonogramie w podstawowej ordynacji Oddziału i/lub w czasie dyżuru (ilość w sztukach).
9. Oferuję asystowanie przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych za cenę brutto: kwotę brutto równoważącą .....% wartości wyceny JGP NFZ za wykonanie 1 innej operacji przewodu pokarmowego: przełyk, żołądek, trzustka.  
Gwarantuję dyspozycyjność do realizacji asystowania w miesiącu maksymalnie ..... innych operacji z przewodu pokarmowego ustalanych szczegółowo w comiesięcznym harmonogramie w podstawowej ordynacji Oddziału i/lub w czasie dyżuru (ilość w sztukach).
10. W przypadku przepracowania w miesiącu mniejszej liczby godzin niż 80, ryczałt o którym mowa w ust 1 niniejszego paragrafu, podlega proporcjonalnemu obniżeniu.

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 2023.991 t. j.).
5. Oświadczam, że posiadam aktualne orzeczenie o stanie zdrowia od lekarza medycyny pracy potwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania zadań określonych w SWKO niniejszego konkursu, wykonane na koszt własny bądź w przypadku braku powyższego orzeczenia, na dzień złożenia oferty zobowiązanie o przedłożeniu kopii orzeczenia o stanie zdrowia w dniu 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:  
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. Konsekwencją 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. 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 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 przed podpisaniem umowy – zał. nr 7
8. Kserokopia orzeczenia o stanie zdrowia od lekarza medycyny pracy potwierdzającego brak przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku określonym w SWKO, wykonana na koszt własny bądź w przypadku braku powyższego zaświadczenia na dzień złożenia oferty zobowiązanie o przedłożeniu kopii orzeczenia o stanie zdrowia przed podpisaniem 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)