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 Kierownika Zakładu Diagnostyki Obrazowej
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. **Usługi zdrowotne w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej**
2. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych za cenę brutto ………………. zł/godzinę.
3. Oferuję dyspozycyjność do realizacji świadczeń zdrowotnych w maksymalnej ilości ………………… godzin w miesiącu kalendarzowym, ustalanych szczegółowo w comiesięcznym harmonogramie,
4. Oferuję dyspozycyjność do realizacji świadczeń zdrowotnych w minimalnej ilości ………………… godzin w miesiącu kalendarzowym, ustalanych szczegółowo w comiesięcznym harmonogramie.
5. **Usługi medyczne w Pracowni tomografii komputerowej:**

- W przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych 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 i i maksymalnie ……….. opisów badań miesięcznie.

- za opis 1 odcinka badania 1 okolicy anatomicznej oferuję ………..…. zł brutto i maksymalnie ……….. opisów badań miesięcznie.

- za opis 1 badania tk serca z oceną tętnic wieńcowych oferuję ………..…. zł brutto i maksymalnie ……….. opisów badań miesięcznie.

- za opis 1 badania tk zatok oraz głowy bez kontrastu i z kontrastem oferuję ………..…. zł brutto i maksymalnie ……….. opisów badań miesięcznie.

- za opis 1 badania tk szyi bez kontrastu i z kontrastem oferuję ………..…. zł brutto i maksymalnie ……….. opisów badań miesięcznie,

- za opis 1 badania tk angio oferuję ………..…. zł brutto i maksymalnie ……….. opisów badań miesięcznie,

1. **Usługi medyczne w Pracowni rentgenowskiej:**

- za opis 1 badania RTG oferuję ....................................................zł brutto i maksymalnie ……….. opisów badań miesięcznie.

1. **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.

- za wykonanie 1 badania USG piersi oferuję cenę za 1 badanie .......................... zł brutto i maksymalnie ……….. opisów badań miesięcznie.

**e) Usługi medyczne w Pracowni rezonansu magnetycznego:**

- za opis 1 badania RM standardowego (tj. m.in. głowy, angio tętnic mózgowych, angio żylne mózgowia- venografia oraz każdy odcinek kręgosłupa) oferuję ………..…. zł brutto i maksymalnie ……….. opisów badań miesięcznie.

- za opis 1 badania RM wysokospecjalistycznego (tj. m.in. brzucha, miednicy, cholangiografia, prostaty, stawów/ innych okolic anatomicznych, przysadki oczodołów, twarzoczaszki, kątów mostowo-móżdźkowych i nerwów czaszkowych, splot ramienny, angio innych okolic anatomicznych niż mózg) oferuję ………..…. zł brutto
i maksymalnie ……….. opisów badań miesięcznie.

- za sprawowanie nadzoru nad badaniami RM oferuję ………..…. zł brutto i maksymalnie ……….. godzin miesięcznie.

**f)** za wykonanie 1 zabiegu założenia kotwicy przed zabiegiem oferuję cenę za 1 badanie .......................... zł brutto

i maksymalnie ……….. zabiegów badań miesięcznie,

**g)** za wykonanie 1 zabiegu biopsji mammotomicznej oferuję cenę za 1 badanie .......................... zł brutto
 i maksymalnie ……….. zabiegów badań miesięcznie.

**h)** Oferuję kierowanie Zakładem Diagnostyki Obrazowej 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.**

**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 2024.779 ze zm.).
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 przed podpisaniem 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.

1. 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.
2. 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.
3. 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).
4. Dane nie będą udostępniane podmiotom zewnętrznym, przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowych oraz nie będą podlegały profilowaniu.
5. Mam prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie Administratora.
6. Moje dane osobowe będą przechowywane do momentu upływu okresu przewidzianego w przepisach prawa.
7. Przysługuje mi prawo dostępu do treści moich danych oraz prawo ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.
8. Podanie danych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji celu ich przetwarzania. Konsekwencja niepodania danych osobowych jest brak możliwości realizacji umowy.
9. Administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o moje dane osobowe.
10. Zgodnie z art. 21 ust 1 i 2 Ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym- tj. Dz. Z 2023r. poz. 1304 ze zm. moje dane zostaną sprawdzone w Rejestrze z dostępem ograniczonym lub w Rejestrze sprawców przestępstw na tle seksualnym. Oferta zostanie odrzucona jeżeli dane Oferenta figurują w w/w Rejestrach.
11. Oświadczam, że nie byłem (am) prawomocnie skazany (na) za czyny zabronione określone w rozdziale XIX
i XXV Kodeku karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r.
o przeciwdziałaniu narkomanii oraz nie wydano wobec mnie innego orzeczenia, w którym stwierdzono,
 iż dopuściłem (am) się takich czynów zabronionych, oraz że nie ma obowiązku wynikającego z orzeczenia sądu, innego uprawnionego organu lub ustawy stosowania się do zakazu przyjmowania wszelkich lub określonych stanowisk wykonywania wszelkich lub określonych zawodów albo działalności, związanych z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem, świadczeniem porad psychologicznych, rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizację innych zainteresowań przez małoletnich, lub z opieką nad nimi.

**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 2024.779 ze zm.) 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 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,
11. Oświadczenie o zamieszkiwaniu/nie zamieszkiwaniu w innych krajach- zał. Nr 11
12. Oświadczenie o niekaralności – zał. Nr 12
13. Kserokopia ważnego certyfikatu Ochrona Radiologiczna Pacjenta – zał. nr 10

 ……………………............................................................................................................................................................

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