

## OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

### 1. Dane podmiotu/praktyki lekarskiej

Firma.....

Siedziba firmy: kod..... miejscowość.....

ulica..... nr .....

e-mail ..... tel. ....

REGON ..... NIP .....

PESEL .....

Nr prawa wykonywania zawodu.....

Nr wpisu do rejestru podmiotów działalności leczniczej/indywidualnej praktyki lekarskiej  
.....

Specjalizacja (nazwa , stopień i data uzyskania) .....

Staż pracy jako lekarz.....lata, staż pracy jako lekarz specjalista anestezjolog ..... lata

### 2. Zakres świadczeń

Zgłaszam ofertę na udzielanie szpitalnych świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, zgodnie z przedmiotem zamówienia wskazanym w SWKO, w ramach umowy kontraktowej.

### 3. Oferta

- a. dostępności - deklaruję liczbę godzin wykonywania świadczeń w wysokości .....godzin miesięcznie,
- b. cenowa - za realizację powyższych czynności oczekuję należności w wysokości ..... zł brutto za godzinę pracy,
- c. jakości - oświadczam, że posiadam odpowiednie kwalifikacje do udzielania świadczeń, tj. ....
- d. ciągłości – dołączam/nie dołączam\* pisemne oświadczenie o pozostawaniu w gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych minimum przez 24 godziny w miesiącu przez okres 12 miesięcy,
- e. kompleksowość – dołączam/nie dołączam\* pisemne zobowiązanie się do udzielania świadczeń w pełnym zakresie wynikającym z konkursu ofert,
- f. doświadczenie - dołączam/nie dołączam\* pisemne oświadczenie o posiadanym doświadczeniu w torakoanestezji (m. in.: liczba lat pracy).

### 4. Oświadczenie

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert, projektem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że (oferent wpisuje jestem albo nie jestem, w przypadku podmiotu leczniczego: wykonujący świadczenia są albo nie są );
  - a) ..... zawieszony/a w prawie wykonywania zawodu ani ograniczony/a w wykonywaniu czynności medycznych na podstawie przepisów o zawodzie lekarza lub przepisów o izbach lekarskich,
  - b) .....ukarany/a karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu,
  - c) .....pozbawiony/a możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony/a w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym.

**4. Oświadczam, iż zapoznałam/em się z informacją zawartą w Dziale V. SWKO**

zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) o administratorze danych, inspektorze ochrony danych, przetwarzaniu danych, dostępie do danych i innych obowiązkach administratora oraz o moich uprawnieniach. Zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO dane osobowe będą przetwarzane w celach związanych z rozpatrzeniem oferty i realizacją umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych. Oferentowi przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. Podanie danych jest niezbędne do realizacji ww. celu.

**5. (oświadczenie wypełniane w przypadku zgłaszania innych Wykonawców świadczeń zdrowotnych)**

**Oświadczam, iż wszyscy wykonawcy świadczeń są zapoznani z informacją zawartą w Dziale V. SWKO** zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) o administratorze danych, inspektorze ochrony danych, przetwarzaniu danych, dostępie do danych i innych obowiązkach administratora. oraz o moich uprawnieniach. Zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO dane osobowe będą przetwarzane w celach związanych z rozpatrzeniem oferty i realizacją umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych. Oferentowi przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. Podanie danych jest niezbędne do realizacji ww. celu.

**6. (oświadczenie wypełniane w przypadku zgłaszania innych Wykonawców świadczeń zdrowotnych)**

**Oświadczam, iż zgłaszam gotowość do dokonywania zmian w zatrudnieniu osób świadczących usługi,** w stosunku do imiennego wykazu lekarzy stanowiącego załącznik do niniejszej oferty, w zależności od potrzeb zgłaszanych przez Udzielającego Zamówienia, każdorazowo w uzgodnieniu z Udzielającym Zamówienia.

\* niepotrzebne skreślić

Warszawa dnia .....

.....

*podpis oferenta*

*ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY (oznaczone\*\* są obowiązkowymi załącznikami do ofert dla podmiotu leczniczego, \* obowiązkowe dla indywidualnej praktyki lekarskiej)*

1. wypis z rejestru podmiotów leczniczych prowadzony przez Wojewodę\*\*
2. wypis z KRS\*\*
3. wpis do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich prowadzony przez ORL\*
4. aktualny wydruk z CEIDG \*
5. dyplom lekarza\*
6. prawo wykonywania zawodu\*
7. dyplom/ dyplomy\* specjalizacji,
8. opis przebiegu pracy zawodowej\*
9. oświadczenie o pozostawaniu w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych\*\*/\*
10. zobowiązanie się do udzielania świadczeń w pełnym zakresie wynikającym z konkursu ofert\*\*/\*
11. oświadczenie o nie zaleganiu z opłacaniem składek ZUS\*\*/\*
12. oświadczenie o nie zaleganiu z opłacaniem podatku\*\*/\*
13. polisa ubezpieczeniowa oc\*\*/\*
14. orzeczenie lekarza medycyny pracy o dopuszczeniu do pracy w zawodzie\*
15. lista osób świadczących usługi ze wskazaniem doświadczenia (łącznie z dokumentami poświadczającymi kwalifikacje: prawo wykonywania zawodu, dyplom uczelni, dyplomy specjalizacji, oświadczeniami o niekaralności oraz zaświadczeniami o dopuszczeniu do pracy w zawodzie i bhp)\*\*