

Nr K/83/07/2024

Warszawa, dnia.....

Warszawski Szpital Południowy Sp. z o.o.

w Warszawie

ul. rtm. Pileckiego 99

02-781 Warszawa

FORMULARZ OFERTOWY

Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych udzielanych komercyjnie na rzecz pacjentów Warszawskiego Szpitala Południowego Sp. z o.o. w Pracowni Endoskopii

DANE OFERENTA:

Imię i nazwisko oferenta.....

PESEL

Wykonywany zawód.....

Specjalizacja w dziedzinie(stopień):.....

Firma oferenta zgodnie z dokumentem rejestrowym:

NIP:.....

REGON:.....

Kod pocztowy:.....

Miejscowość:.....

Ulica i numer domu:

Numer telefonu:.....

email:.....

Nazwa banku i nr konta bankowego:

Adres do korespondencji:.....

2.

CENA ŚWIADCZENIA USŁUG:

..... % stawki określonej w cenniku Warszawskiego Szpitala Południowego sp. z. o.o.

JAKOŚĆ ŚWIADCZONYCH USŁUG:

*proszę wskazać właściwą odpowiedź

Umiejętność wykonywania procedur endoskopowych o standardowym stopniu trudności*:

polipektomia polipów do 1 cm średnicy - TAK/NIE

tamowanie krwawień z górnego odcinka i dolnego odcinka przewodu pokarmowego - TAK/NIE

APC terapia - TAK/NIE

Inne proszę wskazać jakie:

.....

.....

.....

.....

KOMPLEKSOWOŚĆ ŚWIADCZONYCH USŁUG

*proszę wskazać właściwą odpowiedź

Umiejętność wykonywania procedur endoskopowych o podwyższonym stopniu trudności:

ECPW - TAK/NIE

zabiegi na drogach żółciowych - TAK/NIE

ESD - TAK/NIE

proteżowanie różnych odcinków przewodu pokarmowego itp. - TAK/NIE

DOSTĘPNOŚĆ

*proszę wskazać właściwą odpowiedź

Gwarancja dyspozycyjności do realizacji w tygodniu 12h w pracowni endoskopii oraz w sobotę, niedzielę
dni ustawowo wolne od pracy - TAK/NIE

Gwarancja dyspozycyjności do realizacji w tygodniu 12h w pracowni endoskopii - TAK/NIE

3.

OŚWIADCZENIA:

1. Oświadczam, że zapoznałem (am) się z treścią ogłoszenia o konkursie, (wraz ze wszystkimi załącznikami) i nie zgłaszam zastrzeżeń do ich treści oraz że dokumentacja konkursowa jest wystarczająca do złożenia oferty.
2. Oświadczam, że powyższe dane są prawidłowe.
3. 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.
4. Deklaruję minimalną miesięczną dostępność w wymiarze co najmniej roboczogodzin miesięcznie.
5. 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.
6. Oświadczam, że spełniam warunki o których mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022.633.).
7. Oświadczam, że posiadam aktualne orzeczenie o stanie zdrowia od lekarza medycyny pracy potwierdzające brak przeciwwskazań 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
8. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
9. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami oraz z zasadami etyki zawodowej;
10. Zobowiązuję się do podejmowania i prowadzenia działań mających na celu zapewnienie należytej jakości udzielanych świadczeń;
11. Posiadam odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do udzielania w/w rodzaju świadczeń.
12. Zobowiązuję się do przestrzegania praw pacjenta;

13. 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;
14. Zobowiązuję się do zapoznania z Regulaminem Organizacyjnym oraz z Regulaminem Udzielania Świadczeń Zdrowotnych oraz obowiązującymi procedurami wewnętrznymi Udzielającego Zamówienia przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych;
15. Zobowiązuję się do odbycia wstępnego szkolenia z zakresu podstawowych zasad zapobiegania zakażeniom szpitalnym. (nie dotyczy osób, które kontynuują współpracę).
16. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów postępowania konkursowego.
17. Zostałem poinformowany, że:
 - a) Administratorem moich danych osobowych jest Warszawski Szpital Południowy Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ul. rtm. Pileckiego 99, 02-781 Warszawa
 - b) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych nadzorującego prawidłowość przetwarzania danych osobowych, z którym mogę się kontaktować wysyłając informację na adres e-mail: iod@szpitalpoludniowy.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. Konsekwencją niepodania danych osobowych jest brak możliwości realizacji umowy.

- j) Administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o moje dane osobowe.

ZAŁĄCZNIKI:

- 1. W przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą w formie indywidualnej praktyki lekarskiej:**
 - 1.1. Wydruk wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego (aktualny, nie starszy niż 1 miesiąc) – zał. nr 1
 - 1.2. Wydruk wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG) aktualny, nie starszy niż jeden miesiąc – zał. nr 2
 - 1.3. Poświadczony kopie dokumentów dotyczących dyplomu ukończenia studiów – zał. nr 3
 - 1.4. Poświadczony kopie dokumentów dotyczących prawa wykonywania zawodu – zał. 4
 - 1.5. Poświadczony kopie dyplomu specjalizacji z zakresu gastroenterologii lub chorób wewnętrznych lub chirurgii, doktoratu (dla lekarzy posiadających specjalizację/doktorat) – zał.5, 5a,5b itd.
 - 1.6. Przebieg pracy zawodowej z uwzględnieniem nazw oddziałów/klinik – zał. nr 6 (dla oferentów, którzy nie wykonywali w latach ubiegłych świadczeń zdrowotnych u Udzielającego Zamówienia)
 - 1.7. 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 2022.633) 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 7
 - 1.8. Kserokopia orzeczenia o stanie zdrowia od lekarza medycyny pracy potwierdzającego brak przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy, oraz kopia zaświadczenia do celów sanitarno-epidemiologicznych 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
 - 1.9. Kserokopia szkolenia okresowego BHP – zał. Nr 9
 - 1.10. Dodatkowe dokumenty potwierdzające inne kwalifikacje i umiejętności w zakresie przedmiotu niniejszej oferty – zał. Nr 10,10a itd.

- 1.11. Pełnomocnictwo wystawione zgodnie ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu oferenta – zał. nr 11

2. W przypadku pozostałych podmiotów leczniczych:

- 2.1. Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
- 2.2. Wykaz personelu medycznego, który będzie udzielał świadczeń zdrowotnych wraz z kopiami dokumentów potwierdzającymi uzyskane kwalifikacje: dyplom ukończenia uczelni medycznej, aktualne prawo wykonywania zawodu lekarza, specjalizacja z zakresu gastroenterologii lub chorób wewnętrznych lub chirurgii, udokumentowane umiejętności i doświadczenie w dziedzinie endoskopii górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego, aktualne orzeczenie lekarskie wystawione przez lekarza medycyny pracy stwierdzające brak przeciwwskazań do udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem postępowania oraz zaświadczenie do celów sanitarno-epidemiologicznych, zaświadczenie o ukończonym szkoleniu okresowym BHP;
- 2.3. Aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub Krajowego Rejestru Sądowego;
- 2.4. Aktualna polisa ubezpieczeniowa (zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r. poz. 991) lub oświadczenie o jej zawarciu do dnia podpisania umowy.

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