



**WARSZAWSKI  
SZPITAL  
POŁUDNIOWY**



podmiot leczniczy  
miasta stołecznego  
Warszawy

**ZAŁĄCZNIK NR 1 DO SWK**

**Nr K/75/07/2024**

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 na rzecz pacjentów Warszawskiego Szpitala Południowego Sp. z o.o. w zakresie ratownictwa medycznego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.



Warszawski Szpital Południowy spółka z ograniczoną odpowiedzialnością  
ul. rtm. Witolda Pileckiego 99, 02-781 Warszawa  
tel. 22 166 90 30 fax 22 166 90 30  
NIP 5252491419 REGON 142628955 KRS 0000368174

Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy  
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego  
ING Bank Śląski 82 1050 1025 1000 0090 3041 5567  
Wysokość kapitału zakładowego i wpłaconego 24 520 000,00 zł



**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. KRYTERIA OFERTY**

**CENA ŚWIADCZENIA USŁUG:**

- Stawka brutto w PLN za jedną godzinę świadczeń zdrowotnych od 60 do 95h.....
- Stawka brutto w PLN za jedną godzinę świadczeń zdrowotnych od 95h.....

**JAKOŚĆ: (posiadane kursy świadczące o dodatkowych kwalifikacjach ratownika medycznego)**

.....

.....

.....

.....





#### KOMPLEKSOWOŚĆ ŚWIADCZENIA USŁUG:

Deklaruję udzielanie świadczeń zdrowotnych w sobotę, niedzielę, święto lub inne dni ustawowo wolne od pracy w ilości:

- 72h w miesiącu  
 48h w miesiącu  
 24h w miesiącu

#### DOSTĘPNOŚĆ ŚWIADCZENIA USŁUG:

Deklaruję miesięczną liczbę godzin udzielania świadczeń zdrowotnych:

- 95h i więcej miesięcznie  
 95h i mniej miesięcznie

#### CIĄGŁOŚĆ ŚWIADCZENIA USŁUG:

W ciągu 6 m-cy poprzedzających złożenie oferty udzielałam świadczeń zdrowotnych w Warszawskim Szpitalu Południowym Sp. z o.o.\*

- tak  
 nie

\*proszę zaznaczyć właściwe pole

**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 prawdziwe.
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. 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.





5. Oświadczam, że spełniam warunki o których mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej ( Dz. U. z 2022.633.).
6. 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
7. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
8. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami oraz z zasadami etyki zawodowej;
9. Zobowiązuję się do podejmowania i prowadzenia działań mających na celu zapewnienie należytej jakości udzielanych świadczeń;
10. Posiadam odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do udzielania w/w rodzaju świadczeń.
11. Zobowiązuję się do przestrzegania praw pacjenta;
12. 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;
13. Zobowiązuję się do zapoznania z Regulaminem Organizacyjnym oraz z Regulaminem Udzielania Świadczeń Zdrowotnych oraz obowiązującymi procedurami wewnętrznymi Udzielającego Zamówienia przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych;
14. Zobowiązuję się do odbycia wstępnego szkolenia z zakresu podstawowych zasad zapobiegania zakażeniom szpitalnym. (nie dotyczy osób, które kontynuują współpracę).
15. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów postępowania konkursowego.
16. 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](mailto: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. Konsekwencja niepodania danych osobowych jest brak możliwości realizacji umowy.
- j) Administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o moje dane osobowe.

#### **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 **dypłomu/świadectwa ukończenia szkoły medycznej nadającej uprawnienia wykonywania zawodu Ratownika Medycznego** – zał. nr 3
4. Poświadczony kopie dokumentów dotyczących **prawa wykonywania zawodu** – zał. 4
5. Poświadczony kopie zaświadczenia ukończonych kursów i szkoleń – 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 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 6

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 7
9. Dodatkowe dokumenty potwierdzające inne kwalifikacje i umiejętności w zakresie przedmiotu niniejszej oferty – zał. Nr 8,8a 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 9

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

