



ZAŁĄCZNIK NR 1 DO SWK

Nr K/81/07/2024

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. przez lekarzy specjalistów 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:

1. Stawka brutto w PLN za rodzaj wykonanego badania w ramach umowy z NFZ

a) gastroskopia diagnostyczna (w przypadku wskazań obejmuje test urazowy):

b) gastroskopia diagnostyczna z biopsją (uwzględnia 1 badanie hist.-pat 1)

c) gastroskopia diagnostyczna z biopsją (uwzględnia 2 lub więcej badań hist.-pat 1)

d) kolonoskopia diagnostyczna.....

e) kolonoskopia diagnostyczna z biopsją (z badaniem hist.-pat.)

f) kolonoskopia z polipektomią jednego lub więcej polipów o średnicy do 1 cm, za pomocą pętli

diatermicznej (z badaniem hist.-pat.)

g) sigmoidoskopia.....

i) tamowanie krwawienie z przewodu pokarmowego.....

2. Stawka za badania realizowane w ramach usług poza umową z NFZ tj. usług Komercyjnych.....%

JAKOŚĆ ŚWIADCZONYCH USŁUG:

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

Umiejętność wykonywania procedur endoskopowych o podwyższonym stopniu trudności:

ECPW - TAK/NIE

zabiegi na drogach żółciowych - TAK/NIE

ESD - TAK/NIE

protezowanie różnych odcinków przewodu pokarmowego itp. - TAK/NIE





DOSTĘPNOŚĆ

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 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. 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. Zobowiązuje 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. 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. Poświadczone kopie dokumentów dotyczących **dyplomu ukończenia studiów** – zał. nr 3
4. Poświadczone kopie dokumentów dotyczących **prawa wykonywania zawodu** – zał. 4
5. Poświadczona kopia **1-szej i 2-giej strony Karty szkolenia specjalizacyjnego** – dla lekarzy posiadających otwartą specjalizację (minimum 2 lata) – zał. 5
6. Poświadczone kopie dyplomu specjalizacji, doktoratu (dla lekarzy posiadających specjalizację/doktorat) – zał.6, 6a,6b itd.
7. Przebieg pracy zawodowej z uwzględnieniem nazw oddziałów/klinik – zał. nr 7 (dla oferentów, którzy nie wykonywali w latach ubiegłych świadczeń zdrowotnych u Udzielającego Zamówienia)
8. 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 8
9. 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 9
10. Dodatkowe dokumenty potwierdzające inne kwalifikacje i umiejętności w zakresie przedmiotu niniejszej oferty – zał. Nr 10,10a itd.
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





**WARSZAWSKI
SZPITAL
POŁUDNIOWY**



podmiot leczniczy
miasta stołecznego
Warszawy

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



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 23 964 000,00 zł