

Nr K/104/09/2024

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. na oddziale

Pakiet 1 - Anestezjologii i Intensywnej Terapii

Pakiet 2 - Neonatologii

DANE OFERENTA:

Imię i nazwisko oferenta.....

PESEL

Wykonywany zawód.....

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

Firma oferenta zgodnie z dokumentem rejestrowym:

Nazwa:.....

NIP:.....

REGON:.....

Kod pocztowy:.....

Miejscowość:.....

Ulica i numer domu:.....

Numer telefonu:.....

email:.....

Nazwa banku i nr konta bankowego:

Adres do korespondencji:.....

2.

Pakiet 1 - Cena za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych na oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii.....

Pakiet 2 - Cena za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych na oddziale Neonatologii.....

JAKOŚĆ ŚWIADCZONYCH USŁUG:

*proszę wskazać właściwą odpowiedź

- poniżej 5 lat doświadczenia – 1 pkt.
- 5 – 10 lat doświadczenia – 3 pkt.
- powyżej 10 lat doświadczenia – 5 pkt.

KOMPLEKSOWOŚĆ ŚWIADCZONYCH USŁUG

*proszę wskazać właściwą odpowiedź

Kwalifikacje posiadane przez oferenta: Oferent indywidualny:

- Lekarz bez tytułu specjalisty lub w trakcie specjalizacji – 1 pkt.
- Lekarz z tytułem specjalisty II stopnia lub tytułem specjalisty w określonej dziedzinie medycyny adekwatnej do rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych – 3 pkt.
- Lekarz z tytułem specjalisty II stopnia lub tytułem specjalisty w określonych (co najmniej dwóch) dziedzinach medycyny (jednej adekwatnej do rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych) albo tytułem specjalisty II stopnia lub tytułem specjalisty w określonej dziedzinie medycyny adekwatnej do rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz równocześnie tytuł lub stopień naukowy – 5 pkt.

Podmiot leczniczy: w przypadku gdy wśród osób wskazanych przez Przyjmującego zamówienie w załączniku nr 1 do „Formularza Ofertowego”:

- Lekarz bez tytułu specjalisty lub w trakcie specjalizacji – 1 pkt.
- co najmniej 1 lekarz posiada tytuł specjalisty II stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny adekwatnej do rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych - 3 pkt.
- co najmniej 1 lekarz posiada tytuł specjalisty II stopnia lub tytuł specjalisty w określonych (co najmniej dwóch) dziedzinach medycyny albo tytuł specjalisty II stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny adekwatnej do rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz równocześnie tytuł lub stopień naukowy 5 pkt

DOSTĘPNOŚĆ

*proszę wskazać właściwą odpowiedź

- Deklaracja poniżej 60 godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w miesiącu – **1 pkt.**
- Deklaracja co najmniej 60 godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w miesiącu – **5 pkt.**

DOSTĘPNOŚĆ

- W okresie 12 miesięcy poprzedzających złożenie oferty udzielałem(am)/nie udzielałem (am) *świadczeń zdrowotnych dla Warszawskiego Szpitala Południowego w zakresie objętym konkursem.

*proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź

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. 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
 - 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. 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

1.12. W przypadku oferentów na oddział neonatologii zaświadczenie z KRK o nie karalności za przestępstwa na tle seksualnym – zał. Nr 12

1.13. W przypadku oferentów obcokrajowców ponad zaświadczenie z punktu powyżej również oświadczenie stanowiące załącznik nr 13

1.14.

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, 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; w przypadku lekarzy neonatologów zaświadczenie z KRK o niekaralności za przestępstwa na tle seksualnym oraz w przypadku lekarzy obywateli innego kraju niż RP oświadczenia dotyczące rejestru przestępców na tle seksualnym na wzorze stanowiącym załącznik nr 5 do SWKO.

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)