



ZAŁĄCZNIK NR 1 DO SWK

Nr K/142/12/2024

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. polegających na wykonywaniu opisów badań Tomografii Komputerowej oraz RTG na CITO do 2 godzin drogą teleradiologii na rzecz pacjentów Warszawskiego Szpitala Południowego Sp. z o.o. w zakresie:

DANE OFERENTA:

Firma oferenta zgodnie z dokumentem rejestrowym:

Nazwa firmy:.....

NIP:.....

REGON:.....

Kod pocztowy:.....

Miejscowość:.....

Ulica i numer domu:.....

Numer telefonu:.....

email:.....

Nazwa banku i nr konta bankowego:

Adres do korespondencji:.....





CENA

Proponuję następującą cenę na świadczenia zdrowotne, będące przedmiotem konkursu ofert, obowiązujące w okresie obowiązywania umowy (cena zawiera wszystkie koszty niezbędne do prawidłowej realizacji umowy)

TK za 1 opis zł brutto.....

RTG za 1 opis zł brutto.....

JAKOŚĆ

Oświadczam, że posiadamy.....lat doświadczenia w świadczeniu usług medycznych objętych przedmiotem zamówienia.

KOMPLEKSOWOŚĆ: Proszę właściwą odpowiedź zaznaczyć.

Deklaruję realizację opisów badań określonych w przedmiocie zamówienia

TK – TAK/NIE

RTG – TAK/NIE

DOSTĘPNOŚĆ - Proszę właściwą odpowiedź zaznaczyć.

Deklaruję realizację opisów badań określonych w przedmiocie zamówienia

7 dni w tygodniu

2 dni w tygodniu

CIĄGŁOŚĆ ŚWIADCZENIA USŁUG:

Oświadczam, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających złożenie oferty realizowałem/ nie realizowałem w Warszawskim Szpitalu Południowym świadczenia zdrowotne będące przedmiotem konkursu. Proszę właściwą odpowiedź zaznaczyć.

TAK/NIE

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 wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
7. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami oraz z zasadami etyki zawodowej;
8. Zobowiązuję się do podejmowania i prowadzenia działań mających na celu zapewnienie należytej jakości udzielanych świadczeń;
9. Spełniam niezbędne warunki w zakresie kwalifikacji personelu,
10. Zobowiązuję się do przestrzegania praw pacjenta;
11. 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;
12. Zobowiązuję się do zapoznania z Regulaminem Organizacyjnym oraz z Regulaminem Udzielania Świadczeń Zdrowotnych oraz obowiązującymi procedurami wewnętrznymi Udzielającego Zamówienia przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych;
13. Nie zostałam/łem skazana/y za przestępstwo umyślne ani nie toczy się w stosunku do mnie postępowanie karne za przestępstwo umyślne.
14. Nie toczy się wobec mnie postępowanie likwidacyjne lub upadłościowe, a także nie wystąpiono z wnioskiem o wszczęcie wobec mnie postępowania likwidacyjnego lub postępowania upadłościowego.





15. Dysponuję personelem lekarskim ze specjalizacją w zakresie radiologii zgodnie z art. 4 ust. 2 pkt a i b Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 kwietnia 2019 r. w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej wykonywanej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych (Dz.U. 2019.834).
16. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów postępowania konkursowego.
17. Dysponuję sprzętem niezbędnym do wykonania opisów MR w zakresie koniecznym do wykonywania opisów objętych konkursem.
18. Podlegam obowiązkowemu ubezpieczeniu od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.
19. 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. Wydruk **wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (aktualny, nie starszy niż 1 miesiąc)** – zał. nr 1
2. Wydruk wpisu do **Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG)** lub KRS **aktualny, nie starszy niż jeden miesiąc** – zał. nr 2
3. Wykaz lekarzy – zał. nr 3
4. Poświadczane kopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje lekarzy tj; **dyplom ukończenia studiów, prawo wykonywania zawodu; specjalizacja;** zał nr 4, 4a itd
5. 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). zał. nr 5
6. Dodatkowe dokumenty potwierdzające inne kwalifikacje i umiejętności w zakresie przedmiotu niniejszej oferty – zał. Nr 6
7. Pełnomocnictwo wystawione zgodnie ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu oferenta - zał. Nr 7

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

