



ZAŁĄCZNIK NR 1 DO SWK

Nr K/07/01/2025

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

1. DANE OFERENTA:

Imię i nazwisko oferenta.....

PESEL

Wykonywany zawód.....

Specjalizacja w dziedzinie(stopień):

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:.....





2. CENA

Stawka za godzinę świadczonych Usług stacjonarnie stanowić będzie kwota: **zł brutto**

Stawka za godzinę świadczonych Usług zdalnie stanowić będzie kwota: **zł brutto**

Lp.	Rodzaj opisu badania	I	II
	Rezonans Magnetyczny	Wynagrodzenie brutto za opis od 1 do 99 badań	Wynagrodzenie brutto za opis powyżej 100 badań
1	<i>MR-angio tętnic mózgowych</i>		
2	<i>MR – głowy</i>		
3	<i>MR - oczodołów</i>		
4	<i>MR – przysadki mózgowej</i>		
5	<i>MR - kręgosłupa C/TH/LS</i>		
6	<i>MR – jamy brzusznej</i>		
7	<i>MR – miednicy mniejszej</i>		
8	<i>MR - cholangiografia</i>		
9	<i>MR – stawu kolanowego</i>		
Tomografia komputerowa		Wynagrodzenie brutto za opis	
	<i>TK – angio tętnic mózgowych</i>		
	<i>TK – angio tętnic szyjnych</i>		
	<i>TK – głowy</i>		
	<i>TK- twarzoczaski</i>		
	<i>TK – zatok</i>		
	<i>TK – szyi</i>		
	<i>TK – kręgosłupa C/TH/LS, stawy</i>		
	<i>TK – klatki piersiowej</i>		
	<i>TK – jamy brzusznej</i>		
	<i>TK – miednicy mniejszej</i>		





3. KRYTERIA OFERTY

JAKOŚĆ

Oświadczam, że posiadam.....lat doświadczenia w świadczeniu usług medycznych objętych konkursem.

KOMPLEKSOWOŚĆ ŚWIADCZENIA USŁUG:

Posiadam umiejętność w zakresie opisu badań TK MR RTG. Proszę właściwą odpowiedź zaznaczyć.

TK - TAK/NIE

MR – TAK/NIE

RTG – TAK/NIE

CIĄGŁOŚĆ ŚWIADCZENIA USŁUG:

Oświadczam, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających złożenie oferty realizowałem/realizowałam 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 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





- 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.
- k)

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. Aktualny dokument potwierdzający ukończenie kursu Ochrona Radiologiczna Pacjenta (zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011r. z późn.zm. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej) oraz paszport dozymetryczny. – zał. nr 6.
 10. Kserokopia orzeczenia z „J” 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, zaświadczenie do celów sanitarno-epidemiologicznych – zał. nr 9, 9a
 11. Kserokopia zaświadczenia o ukończonym szkoleniu okresowym BHP – zał. Nr 10
 12. Dodatkowe dokumenty potwierdzające inne kwalifikacje i umiejętności w zakresie przedmiotu niniejszej oferty – zał. Nr 11,11a itd.
 13. Pełnomocnictwo wystawione zgodnie ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu oferenta - zał. Nr 12
 14. W przypadku, gdy do konkursu ofert przystępują Oferenci, którzy w dacie ogłoszenia konkursu mają zawarte z Udzielającym zamówienie umowy cywilnoprawne na wykonywanie takich samych świadczeń zdrowotnych oraz złożyli już uprzednio w związku z wykonywaniem tych umów kopie dokumentów określonych w pkt. „Zawartość oferty” winni złożyć formularz ofertowy i oświadczenia wraz z n/w dokumentami:
 - a) nowe dokumenty poświadczające kwalifikacje , które nie były dotychczas złożone,
 - b) inne dokumenty, których dotychczasowa treść uległa zmianie (zaświadczenie lekarskie itp.

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