



**ZAŁĄCZNIK NR 1 DO SWK**

Nr K/16/01/2025

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 Nocnej i Świątecznej Pomocy Lekarskiej przy ul. Pileckiego 99, Solec 99

**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. KRYTERIA OFERTY

### CENA ŚWIADCZENIA USŁUG:

1. Lokalizacja Solec 99

Stawka za 1 godzinę świadczonych Usług .....

Stawka za 1 wyjazd do pacjenta .....

2. Lokalizacja Pileckiego 99

Cena za 1 godzinę świadczonych Usług .....

### JAKOŚĆ ŚWIADCZENIA USŁUG:

Rozpoczęta specjalizacja z dziedziny:

.....

### KOMPLEKSOWOŚĆ ŚWIADCZENIA USŁUG:

Deklaruję elastyczne godziny uwarunkowane zapotrzebowaniem podanym przez koordynatora

Proszę właściwą odpowiedź zaznaczyć.

TAK

NIE

### DOSTĘPNOŚĆ ŚWIADCZENIA USŁUG:

Deklaruję dostępność w każdy dzień tygodnia.

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 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. Zobowiązuje 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. 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 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 **dyplomu ukończenia studiów** – zał. nr 3
4. Poświadczony 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. Poświadczony 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, zaświadczenie do celów sanitarno-epidemiologicznych– zał. nr 9,9a
10. Zaświadczenie do celów sanitarno-epidemiologicznych – zał 10
11. Kopia dokumentu potwierdzającego szkolenie okresowe BHP – zał nr 11
12. Dodatkowe dokumenty potwierdzające inne kwalifikacje i umiejętności w zakresie przedmiotu niniejszej oferty – zał. Nr 12,12a 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 13





**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 24 520 000,00 zł