



**Nr K/01/01/2025**

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. przez lekarzy specjalistów w dziedzinie urologii na oddziale Chirurgii Ogólnej i Proktologicznej.

**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. KRYTERIA OFERTY

### 1. CENA ŚWIADCZENIA USŁUG:

Za zabiegi operacyjne przecewkowej resekcji guza pęcherza moczowego, a w przypadkach uzasadnionych medycznie, także innych zabiegów:

%.....stawki za świadczenia zdrowotne udzielane komercyjnie

%.....stawki za świadczenia zdrowotne udzielane komercyjnie

### 2. JAKOŚĆ ( lata doświadczenia)

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

### 3. KOMPLEKSOWOŚĆ ŚWIADCZENIA USŁUG:

- lekarz z tytułem specjalisty I stopnia lub w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w określonej dziedzinie medycyny adekwatnej do rodzaju udzielanych świadczeń – **1 pkt.**
- lekarz z tytułem specjalisty II stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny adekwatnej do rodzaju udzielanych świadczeń – **3 pkt.**
- lekarz z tytułem specjalisty II stopnia lub tytuł specjalisty w określonych (co najmniej dwóch) dziedzinach medycyny adekwatnych do rodzaju udzielanych świadczeń bądź tytuł specjalisty II stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny adekwatnej do rodzaju udzielanych świadczeń oraz równocześnie tytuł lub stopień naukowy – **5 pkt.**

### 4. DOSTĘPNOŚĆ ŚWIADCZENIA USŁUG:

- Deklaruję dyspozycyjność co najmniej 60 godzin
- Deklaruję dyspozycyjność poniżej 60 godzin

### 5. DOSTĘPNOŚĆ ŚWIADCZENIA USŁUG:

- W okresie ostatnich 12 miesięcy realizowałem/realizowałam świadczenia zdrowotne będące przedmiotem konkursu
- W okresie ostatnich 12 miesięcy nie realizowałem/realizowałam świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu





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. 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. 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 oraz zaświadczenie 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 9
10. Kserokopia zaświadczenia o ukończonym szkoleniu okresowym BHP zał. nr 10
11. Dodatkowe dokumenty potwierdzające inne kwalifikacje i umiejętności w zakresie przedmiotu niniejszej oferty – zał. Nr 11, 11a itd.
12. Pełnomocnictwo wystawione zgodnie ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu oferenta - zał. Nr 12

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

