



**WARSZAWSKI
SZPITAL
POŁUDNIOWY**

NIP: 525-24-91-419



podmiot leczniczy
miasta stołecznego
Warszawy

REGON: 14268955

Załącznik nr 2 do Szczególnych warunków konkursu Ofert

Dane Udzielającego Zamówienia:

Warszawski Szpital Południowy sp. z o.o.

Adres: 02-781 Warszawa, ul. rtm. Witolda Pileckiego 99

REGON: 1426268955 NIP: 525-24-91-419

KRS 0000368174

Kapitał zakładowy 25.070.000,00 zł

Adres internetowy: www.szpitalpoludniowy.pl

e-mail: kadry@szpitalpoludniowy.pl

FORMULARZ OFERTOWY

I. Dane Przyjmującego Zamówienie

Nazwa Oferenta:.....

Adres zameldowania/siedziba firmy.....

.....

Adres e-mail.....

Nr tel.....

PESEL.....

NIP (jeśli dotyczy).....

REGON (jeśli dotyczy).....

OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1. zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz ogłoszeniem o przedmiotach konkursów ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych”, oraz projektem umowy oraz OWU i nie zgłasza zastrzeżeń;
2. oświadcza, że nie posiada umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia;
3. oświadcza, że nie toczy się i nie toczyło się przeciwko niemu postępowanie przed Okręgowym Sądem Lekarskim zakończone ukaraniem.

1. Oferuje następujące warunki cenowe brutto:



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 25.070 000,00 zł



Zakres 1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarskich w Przychodni Przyszpitalnej w zakresie badań USG i USG doppler.

Za wykonywanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia przysługuje wynagrodzenie miesięczne, obliczane jako:

- a) Stawka za wykonanie badań USG - zł
- **USG układu moczowego**
 - **USG ślinianek maksymalnie**
 - **USG Węzłów chłonnych**
 - **USG tarczycy**
- b) Stawka za wykonanych badań USG doppler w ciągu miesiąca przez stawkę za jedno badanie -zł
- **doppler tętnic szyjnych i kręgowych**
 - **doppler tętnic nerkowych**
 - **doppler tętnic trzewnych**
 - **doppler żył kończyn dolnych**
 - **doppler żył kończyn górnych**
 - **doppler tętnic kończyn dolnych**
 - **doppler żył kończyn górnych**

Zakres 2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarskich w Oddziale Ginekologii i Położnictwa:

1) Stawka godzinowa:

od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00 – 16:00	
Od poniedziałku do piątku w godzinach 16:00 – 8:00 oraz w niedziele, święta i dni wolne	
% Świadczenia w pakiecie w ramach Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego DIL0	%

Szacunkowa deklarowana miesięczna liczba godzin:

Zakres 3. Udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarskich wraz z kierowaniem w Oddziale Neonatologii:

1. **Lekarz specjalista w dziedzinie neonatologii z minimum dwudziestoletnim doświadczeniem pracy w Oddziale Neonatologii - stawka za godzinę zł**
2. **Kwota ryczałtu za pełnienie funkcji Kierownika Oddziału - zł**

Szacunkowa deklarowana miesięczna liczba godzin:

Zakres 4. Udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarskich w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym:

SOR Lekarz	Stawka za godzinę
Lekarz specjalista	
Lekarz Specjalista w zakresie chirurgii ogólnej – deklaracja wypracowania co najmniej 190 godzin miesięcznie	
Lekarz Specjalista w zakresie medycyny ratunkowej	
Lekarz bez specjalizacji, z pisemnie potwierdzonym ukończeniem szkolenia specjalizacyjnego, bez dyplomu specjalisty, uprawniony do przystąpienia do egzaminu specjalistycznego	
Lekarz bez specjalizacji	

Szacunkowa deklarowana miesięczna liczba godzin:

Samodzielne udzielanie świadczeń w SOR wg kategorii medycznej pacjenta

Kategoria III	
Kategoria IV	
Kategoria V	
Kategoria VI	

Udzielanie świadczeń w SOR wraz z asystą lekarza specjalisty w dziedzinie chirurgii ogólnej lub chirurgii urazowo - ortopedycznej wg kategorii medycznej pacjenta

Stawki lekarza SOR		Stawki lekarza asystującego
Kategoria IV		
Kategoria V		
Kategoria VI		

Zakres 5. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania zadań pielęgniarki koordynującej w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii:

Wynagrodzenie miesięczne ryczałtowe – zł

Zakres 6. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania zadań zastępcy pielęgniarki koordynującej Centralnego Bloku Operacyjnego

Wynagrodzenie miesięczne ryczałtowe – zł



Zakres 7. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie koordynowania pracy zespołu z wyłączeniem lekarskiego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym:

Wynagrodzenie miesięczne ryczałtowe – zł

Zakres 8. Udzielanie świadczeń zdrowotnych wraz z kierowaniem w Oddziale Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej

1. % wartości wykonanych, zakodowanych i sfinansowanych przez NFZ procedur z zakresu leczenia szpitalnego (PSZ) wykonanych przez Przyjmującego Zamówienie za dany miesiąc, rozumianej jako wartość punktowa procedury pomnożona przez 80 % aktualnego mnożnika punktowego NFZ, zamówienia. %.
2. % wartości wykonanych, zakodowanych i sfinansowanych przez NFZ procedur z zakresu leczenia szpitalnego poza PSZ wykonanych przez Przyjmującego Zamówienie za dany miesiąc, rozumianej jako wartość punktowa procedury pomnożona przez 80 % mnożnika punktowego NFZ, zamówienia. %.
3. % wartości wykonanej, rozliczonej i sfinansowanej z NFZ procedury z zakresu leczenia ambulatoryjnego wykonanych przez Przyjmującego Zamówienie. %.
4. Stawka za każdą godzinę pełnienia dyżuru w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej.zł brutto.
5. Kwota ryczałtu za pełnienie funkcji Kierownika Oddziału zł.

4. OŚWIADCZENIE OFERENTA :

1) Informacja o uprawnieniach do pobierania:

1. Emerytury: tak ☐ nie ☐ Renty: tak ☐ nie ☐
2. Czy jest orzeczonego stopień niepełnosprawności: tak ☐ nie ☐
3. Jeśli tak, zobowiązuję się złożyć posiadane orzeczenie do Działu Kadr Płac i Szkoleń:
 - a) mam orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności ☐
 - b) mam orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności ☐
 - c) mam orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności ☐

2) Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia:.....

3) Obecnie pracuję na podstawie umowy o pracę: tak ☐ nie ☐

4) Obecnie pracuję na podstawie umowy zlecenia: tak ☐ nie ☐

5) Oświadczam, że moje miesięczne wynagrodzenie od którego odprowadzane są składki na ubezpieczenia społeczne ze stosunku pracy/umowy cywilnoprawnej w innym zakładzie pracy niż Warszawski Szpital Południowy sp. z o.o. , w okresie trwania umowy cywilnoprawnej w Warszawskim Szpitalu Południowym sp. z o.o. nie jest niższe od kwoty minimalnego wynagrodzenia określonego przez ustawę z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę: **NIE** ☐ **TAK** ☐

6) Jestem objęta/y u obecnego pracodawcy ubezpieczeniem społecznym: tak ☐ nie ☐

- [illegible]



- 21) Dane przedstawione w ofercie i oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym;
- 22) Nie zalegam w opłatach składek ZUS oraz w opłacie podatku w Urzędzie Skarbowym;
- 23) Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem oferty;
- 24) Gwarantuję ciągłość, kompleksowość, dostępność i wysoką jakość świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej oferty;
- 25) Zobowiązuję się do przestrzegania praw pacjenta;
- 26) 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;
- 27) Zobowiązuję się do odbycia wstępnego szkolenia z zakresu podstawowych zasad zapobiegania zakażeniom szpitalnym.

ZAŁĄCZNIKI:

1. Poświadczona kopia prawa wykonywania zawodu – zał. nr 1.
2. Poświadczona kopia dyplomu / świadectwa – zał. nr 2.
3. Poświadczona kopia dyplomu specjalizacji – zał. nr 3.
4. Kopia wpisu do Centralnej Ewidencji I Informacji o Działalności Gospodarczej – zał. nr 4. JEŚLI DOTYCZY
5. Kopia wpisu do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność – zał. nr 5 JEŚLI DOTYCZY;
6. Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych na podstawie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych. – zał. nr 6
7. Dokument, potwierdzający posiadanie aktualnego orzeczenia lekarskiego od lekarza medycyny pracy, stwierdzającego brak przeciwwskazań do udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem postępowania. Badanie to Oferent przeprowadza na własny koszt – zał. nr 7.
8. Orzeczenie sanitarno - epidemiologiczne. Badanie to Oferent przeprowadza na własny koszt – zał. nr 8
9. Inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym w określonych zakresach kurs „Ochrona radiologiczna pacjenta” – zał. nr 7
10. Własnoręcznie podpisaną Informację o przetwarzaniu danych osobowych, stanowiącą Załącznik nr 4 do SWKO – zał. nr 9.
11. Pełnomocnictwo wystawione zgodnie z Szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu oferenta – zał. nr 10.



Obowiązek informacyjny w związku z przetwarzaniem danych osobowych

1. Administratorem danych osobowych jest Warszawski Szpital Południowy Sp. z o.o. (dalej: „ADMINISTRATOR”), z siedzibą: ul. Rotmistrza Witolda Pileckiego, 02-781 Warszawa. Z Administratorem można się kontaktować pisemnie, za pomocą poczty tradycyjnej na w/w adres.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować pod adresem e-mailowym:
iod@szpitalpoludniowy.pl.
3. Dane osobowe są przetwarzane na podstawie rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) oraz ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości.
4. Dane osobowe będą przetwarzane w celu:
 - a) utrwalenia i publikacji wizerunku oraz imienia i nazwiska na stronach internetowych oraz portalach społecznościowych Administratora, w szczególności Facebook, Instagram, TikTok, LinkedIn, w celach promocyjnych, marketingowych, informacyjnych – art. 6 ust. 1 lit. a RODO – dane będą przetwarzane do czasu wycofania zgody oraz zgodnie z przepisami dotyczącymi archiwizacji;
 - b) zawarcia i realizacji umowy, w tym kontaktowania się w sprawach związanych z realizacją umowy – art. 6 ust. 1 lit. b RODO – dane będą przetwarzane przez 5 lat od zakończenia umowy;
 - c) rozliczenia otrzymanej faktury i wywiązania się z obowiązków prawnych ciążących na Administratorze – art. 6 ust. 1 lit. c RODO – dane będą przetwarzane przez 5 lat licząc od początku roku następującego po roku, w którym wystawiono dokumenty księgowe;
 - d) ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń związanych z realizacją umowy – art. 6 ust. 1 lit. f RODO – dane będą przechowywane przez okres 3 lat od zakończenia umowy;
 - e) zapewnienia bezpieczeństwa osób i mienia w obszarze objętym monitoringiem – art. 6 ust. 1 lit. f RODO – zapisy z monitoringu przechowywane będą nie dłużej niż 30 dni od dnia nagrania, chyba że będą stanowić dowód w prowadzonym postępowaniu.
5. Dane osobowe nie pochodzą od stron trzecich.
6. Administrator zamierza przekazywać dane osobowe do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej w związku z publikacją wizerunku na portalu społecznościowym Facebook, Instagram, TikTok, LinkedIn.
7. Administrator będzie przekazywał dane osobowe innym podmiotom, tylko na podstawie przepisów prawa, a także na podstawie zawartych umów powierzenia przetwarzania danych osobowych m.in. do: dostawców usług informatycznych, w szczególności CloudiMed, Soneta Sp. z o.o., Dejw, Synacor. Dane mogą być również przekazywane do portali społecznościowych Facebook, Instagram, TikTok, LinkedIn, które są odrębnymi administratorami danych osobowych.
8. Posiada Pani/Pan prawo do:
 - a) żądania dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania;
 - b) wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych;



- c) cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
 - d) wniesienia skargi na działania Administratora do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
9. Podanie danych osobowych jest konieczne do zawarcia umowy. Zgoda na utrwalanie i publikację wizerunku oraz publikację danych osobowych jest dobrowolna.
10. Administrator nie przewiduje zautomatyzowanego podejmowania decyzji.

Ja, potwierdzam zapoznanie się z obowiązkiem informacyjnym dotyczącym przetwarzania moich danych osobowych:

☐ wyrażam zgodę na utrwalenie i publikację mojego wizerunku oraz imienia i nazwiska na stronach internetowych i w mediach społecznościowych Administratora, a w szczególności Facebook, Instagram, TikTok, LinkedIn w celach promocyjnych, marketingowych, informacyjnych.

Warszawa,

.....
(data i podpis osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)



**WARSZAWSKI
SZPITAL
POŁUDNIOWY**

NIP: 525-24-91-419



podmiot leczniczy
miasta stołecznego
Warszawy

REGON: 14268955

Załącznik nr 2 do Szczególnych warunków konkursu Ofert

Dane Udzielającego Zamówienia:

Warszawski Szpital Południowy sp. z o.o.

Adres: 02-781 Warszawa, ul. rtm. Witolda Pileckiego 99

REGON: 1426268955 NIP:525-24-91-419

KRS 0000368174

Kapitał zakładowy 25.070.000,00 zł

Adres internetowy: www.szpitalpoludniowy.pl

e-mail: kadry@szpitalpoludniowy.pl

FORMULARZ OFERTOWY

I. Dane Przyjmującego Zamówienie

Nazwa Oferenta:.....

Adres zameldowania/siedziba firmy.....

.....

Adres e-mail.....

Nr tel.....

PESEL.....

NIP (jeśli dotyczy).....

REGON (jeśli dotyczy).....

OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1. zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz ogłoszeniem o przedmiotach konkursów ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych”, oraz projektem umowy oraz OWU i nie zgłasza zastrzeżeń;
2. oświadcza, że nie posiada umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia;
3. oświadcza, że nie toczy się i nie toczyło się przeciwko niemu postępowanie przed Okręgowym Sądem Lekarskim zakończone ukaraniem.

1. Oferuje następujące warunki cenowe brutto:



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 25.070 000,00 zł



Zakres 1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarskich w Przychodni Przyszpitalnej w zakresie badań USG i USG doppler.

Za wykonywanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia przysługuje wynagrodzenie miesięczne, obliczane jako:

- a) Stawka za wykonanie badań USG - zł
- USG układu moczowego
 - USG ślinianek maksymalnie
 - USG Węzłów chłonnych
 - USG tarczycy
- b) Stawka za wykonanych badań USG doppler w ciągu miesiąca przez stawkę za jedno badanie -zł
- doppler tętnic szyjnych i kręgowych
 - doppler tętnic nerkowych
 - doppler tętnic trzewnych
 - doppler żył kończyn dolnych
 - doppler żył kończyn górnych
 - doppler tętnic kończyn dolnych
 - doppler żył kończyn górnych

Zakres 2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarskich w Oddziale Ginekologii i Położnictwa:

1) Stawka godzinowa:

od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00 – 16:00	
Od poniedziałku do piątku w godzinach 16:00 – 8:00 oraz w niedziele, święta i dni wolne	
% Świadczenia w pakiecie w ramach Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego DILO	%

Szacunkowa deklarowana miesięczna liczba godzin:

Zakres 3. Udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarskich wraz z kierowaniem w Oddziale Neonatologii:

1. Lekarz specjalista w dziedzinie neonatologii z minimum dwudziestoletnim doświadczeniem pracy w Oddziale Neonatologii - stawka za godzinę zł
2. Kwota ryczałtu za pełnienie funkcji Kierownika Oddziału - zł

Szacunkowa deklarowana miesięczna liczba godzin:

Zakres 4. Udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarskich w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym:

SOR Lekarz	Stawka za godzinę
Lekarz specjalista	
Lekarz Specjalista w zakresie chirurgii ogólnej – deklaracja wypracowania co najmniej 190 godzin miesięcznie	
Lekarz Specjalista w zakresie medycyny ratunkowej	
Lekarz bez specjalizacji, z pisemnie potwierdzonym ukończeniem szkolenia specjalizacyjnego, bez dyplomu specjalisty, uprawniony do przystąpienia do egzaminu specjalistycznego	
Lekarz bez specjalizacji	

Szacunkowa deklarowana miesięczna liczba godzin:

Samodzielne udzielanie świadczeń w SOR wg kategorii medycznej pacjenta	
Kategoria III	
Kategoria IV	
Kategoria V	
Kategoria VI	

Udzielanie świadczeń w SOR wraz z asystą lekarza specjalisty w dziedzinie chirurgii ogólnej lub chirurgii urazowo - ortopedycznej wg kategorii medycznej pacjenta		
Stawki lekarza SOR		Stawki lekarza asystującego
Kategoria IV		
Kategoria V		
Kategoria VI		

Zakres 5. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania zadań pielęgniarki koordynującej w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii:

Wynagrodzenie miesięczne ryczałtowe – zł

Zakres 6. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania zadań zastępcy pielęgniarki koordynującej Centralnego Bloku Operacyjnego

Wynagrodzenie miesięczne ryczałtowe – zł



Zakres 7. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie koordynowania pracy zespołu z wyłączeniem lekarskiego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym:

Wynagrodzenie miesięczne ryczałtowe – zł

Zakres 8. Udzielanie świadczeń zdrowotnych wraz z kierowaniem w Oddziale Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej

1. % wartości wykonanych, zakodowanych i sfinansowanych przez NFZ procedur z zakresu leczenia szpitalnego (PSZ) wykonanych przez Przyjmującego Zamówienie za dany miesiąc, rozumianej jako wartość punktowa procedury pomnożona przez 80 % aktualnego mnożnika punktowego NFZ, zamówienia.%.
2. % wartości wykonanych, zakodowanych i sfinansowanych przez NFZ procedur z zakresu leczenia szpitalnego poza PSZ wykonanych przez Przyjmującego Zamówienie za dany miesiąc, rozumianej jako wartość punktowa procedury pomnożona przez 80 % mnożnika punktowego NFZ, zamówienia. %.
3. % wartości wykonanej, rozliczonej i sfinansowanej z NFZ procedury z zakresu leczenia ambulatoryjnego wykonanych przez Przyjmującego Zamówienie. %.
4. Stawka za każdą godzinę pełnienia dyżuru w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej.**zł brutto**.
5. Kwota ryczałtu za pełnienie funkcji Kierownika Oddziału **zł**.

4. OŚWIADCZENIE OFERENTA :

1) Informacja o uprawnieniach do pobierania:

1. Emerytury: tak ☐ nie ☐ Renty: tak ☐ nie ☐
2. Czy jest orzeczonego stopień niepełnosprawności: tak ☐ nie ☐
3. Jeśli tak, zobowiązuję się złożyć posiadane orzeczenie do Działu Kadr Płac i Szkoleń:
 - a) mam orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności ☐
 - b) mam orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności ☐
 - c) mam orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności ☐

2) Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia:.....

3) Obecnie pracuję na podstawie umowy o pracę: tak ☐ nie ☐

4) Obecnie pracuję na podstawie umowy zlecenia: tak ☐ nie ☐

5) Oświadczam, że moje miesięczne wynagrodzenie od którego odprowadzane są składki na ubezpieczenia społeczne ze stosunku pracy/umowy cywilnoprawnej w innym zakładzie pracy niż Warszawski Szpital Południowy sp. z o.o. , w okresie trwania umowy cywilnoprawnej w Warszawskim Szpitalu Południowym sp. z o.o. nie jest niższe od kwoty minimalnego wynagrodzenia określonego przez ustawę z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę: **NIE ☐ TAK ☐**

6) Jestem objęta/y u obecnego pracodawcy ubezpieczeniem społecznym: tak ☐ nie ☐



- [illegible]



- 21) Dane przedstawione w ofercie i oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym;
- 22) Nie zalegam w opłatach składek ZUS oraz w opłacie podatku w Urzędzie Skarbowym;
- 23) Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem oferty;
- 24) Gwarantuję ciągłość, kompleksowość, dostępność i wysoką jakość świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej oferty;
- 25) Zobowiązuję się do przestrzegania praw pacjenta;
- 26) 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;
- 27) Zobowiązuję się do odbycia wstępnego szkolenia z zakresu podstawowych zasad zapobiegania zakażeniom szpitalnym.

ZAŁĄCZNIKI:

1. Poświadczona kopia prawa wykonywania zawodu – zał. nr 1.
2. Poświadczona kopia dyplomu / świadectwa – zał. nr 2.
3. Poświadczona kopia dyplomu specjalizacji – zał. nr 3.
4. Kopia wpisu do Centralnej Ewidencji I Informacji o Działalności Gospodarczej – zał. nr 4. JEŚLI DOTYCZY
5. Kopia wpisu do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność – zał. nr 5 JEŚLI DOTYCZY;
6. Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych na podstawie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych. – zał. nr 6
7. Dokument, potwierdzający posiadanie aktualnego orzeczenia lekarskiego od lekarza medycyny pracy, stwierdzającego brak przeciwwskazań do udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem postępowania. Badanie to Oferent przeprowadza na własny koszt – zał. nr 7.
8. Orzeczenie sanitarno - epidemiologiczne. Badanie to Oferent przeprowadza na własny koszt – zał. nr 8
9. Inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym w określonych zakresach kurs „Ochrona radiologiczna pacjenta” – zał. nr 7
10. Własnoręcznie podpisaną Informację o przetwarzaniu danych osobowych, stanowiącą Załącznik nr 4 do SWKO – zał. nr 9.
11. Pełnomocnictwo wystawione zgodnie z Szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu oferenta – zał. nr 10.



Obowiązek informacyjny w związku z przetwarzaniem danych osobowych

1. Administratorem danych osobowych jest Warszawski Szpital Południowy Sp. z o.o. (dalej: „ADMINISTRATOR”), z siedzibą: ul. Rotmistrza Witolda Pileckiego, 02-781 Warszawa. Z Administratorem można się kontaktować pisemnie, za pomocą poczty tradycyjnej na w/w adres.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować pod adresem e-mailowym:
iod@szpitalpoludniowy.pl.
3. Dane osobowe są przetwarzane na podstawie rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) oraz ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości.
4. Dane osobowe będą przetwarzane w celu:
 - a) utrwalenia i publikacji wizerunku oraz imienia i nazwiska na stronach internetowych oraz portalach społecznościowych Administratora, w szczególności Facebook, Instagram, TikTok, LinkedIn, w celach promocyjnych, marketingowych, informacyjnych – art. 6 ust. 1 lit. a RODO – dane będą przetwarzane do czasu wycofania zgody oraz zgodnie z przepisami dotyczącymi archiwizacji;
 - b) zawarcia i realizacji umowy, w tym kontaktowania się w sprawach związanych z realizacją umowy – art. 6 ust. 1 lit. b RODO – dane będą przetwarzane przez 5 lat od zakończenia umowy;
 - c) rozliczenia otrzymanej faktury i wywiązania się z obowiązków prawnych ciążących na Administratorze – art. 6 ust. 1 lit. c RODO – dane będą przetwarzane przez 5 lat licząc od początku roku następującego po roku, w którym wystawiono dokumenty księgowe;
 - d) ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń związanych z realizacją umowy – art. 6 ust. 1 lit. f RODO – dane będą przechowywane przez okres 3 lat od zakończenia umowy;
 - e) zapewnienia bezpieczeństwa osób i mienia w obszarze objętym monitoringiem – art. 6 ust. 1 lit. f RODO – zapisy z monitoringu przechowywane będą nie dłużej niż 30 dni od dnia nagrania, chyba że będą stanowić dowód w prowadzonym postępowaniu.
5. Dane osobowe nie pochodzą od stron trzecich.
6. Administrator zamierza przekazywać dane osobowe do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej w związku z publikacją wizerunku na portalu społecznościowym Facebook, Instagram, TikTok, LinkedIn.
7. Administrator będzie przekazywał dane osobowe innym podmiotom, tylko na podstawie przepisów prawa, a także na podstawie zawartych umów powierzenia przetwarzania danych osobowych m.in. do: dostawców usług informatycznych, w szczególności CloudiMed, Soneta Sp. z o.o., Dejw, Synacor. Dane mogą być również przekazywane do portali społecznościowych Facebook, Instagram, TikTok, LinkedIn, które są odrębnymi administratorami danych osobowych.
8. Posiada Pani/Pan prawo do:
 - a) żądania dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania;
 - b) wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych;



- c) cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
 - d) wniesienia skargi na działania Administratora do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
9. Podanie danych osobowych jest konieczne do zawarcia umowy. Zgoda na utrwalanie i publikację wizerunku oraz publikację danych osobowych jest dobrowolna.
10. Administrator nie przewiduje zautomatyzowanego podejmowania decyzji.

Ja, potwierdzam zapoznanie się z obowiązkiem informacyjnym dotyczącym przetwarzania moich danych osobowych:

☐ wyrażam zgodę na utrwalenie i publikację mojego wizerunku oraz imienia i nazwiska na stronach internetowych i w mediach społecznościowych Administratora, a w szczególności Facebook, Instagram, TikTok, LinkedIn w celach promocyjnych, marketingowych, informacyjnych.

Warszawa,

.....
(data i podpis osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)