



**WARSZAWSKI  
SZPITAL  
POŁUDNIOWY**

Warszawski Szpital Południowy sp. z o.o.

dr n. med. AGATA KUSZ-RYŃKUN  
członek Zarządu

Warszawski Szpital Południowy sp. z o.o.



podmiot leczniczy  
miasta stołecznego  
Warszawy

**NIP: 525-24-91-419**

**ANNA ŁUKASJK**  
Prezes Zarządu

**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](http://www.szpitalpoludniowy.pl)

e-mail: [kadry@szpitalpoludniowy.pl](mailto: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:





### Zakres 1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarskich w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Proktologicznej:

Stawka brutto za jedną godzinę;

- 1) Lekarz specjalista .....
- 2) Lekarz w trakcie specjalizacji .....

Szacunkowa deklarowana miesięczna liczba godzin: .....

### Zakres 2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarskich wraz z kierowaniem Oddziałem Chirurgii Ogólnej i Proktologicznej:

1) Stawka:

- a) **ryczałt miesięczny** za udzielanie świadczeń zdrowotnych wraz z kierowaniem Oddziałem .....brutto;
- b) **dyżur medyczny** ..... brutto za jedną godzinę od poniedziałku do piątku w godzinach 16:00 – 8:00 oraz w niedziele, święta i dni wolne;

Szacunkowa deklarowana miesięczna liczba godzin: .....

### Zakres 3. Udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarskich w Przychodni Przychodni Przychodni

#### 1) Poradnia Chirurgii Ogólnej – lekarz

- a) % za jeden sprawozdany i rozliczony punkt NFZ. ....%
- b) % za rozliczony etap świadczenia w pakiecie w ramach Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego **DILO**. ....%
- c) Komercja – % ceny określonej w cenniku Szpitala. ....%

Deklarowane dni w tygodniu ( należy zakreślić odpowiednie):

- poniedziałek
- wtorek
- środa
- czwartek
- piątek

Szacunkowa deklarowana miesięczna liczba godzin w Poradni: .....





## 2) Poradnia Proktologiczna – lekarz

- a) % za jeden sprawozdany i rozliczony punkt NFZ. ....%
- b) % za rozliczony etap świadczenia w pakiecie w ramach Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego **DILO**. ....%
- c) Komerycja – % ceny określonej w cenniku Szpitala. ....%

Deklarowane dni w tygodniu ( należy zakreślić odpowiednie):

- poniedziałek
- wtorek
- środa
- czwartek
- piątek

Szacunkowa deklarowana miesięczna liczba godzin w Poradni: .....

## 3) Poradnia Neonatologiczna – lekarz

- a) % za jeden sprawozdany i rozliczony punkt NFZ. ....%
- b) Komerycja – % ceny określonej w cenniku Szpitala. ....%

Deklarowane dni w tygodniu ( należy zakreślić odpowiednie):

- poniedziałek
- wtorek
- środa
- czwartek
- piątek

Szacunkowa deklarowana miesięczna liczba godzin w Poradni: .....

## 4. OŚWIADCZENIE OFERENTA :

1) Informacja o uprawnieniach do pobierania:

1. Emerytury: tak  nie  Renty: tak  nie

2. Czy jest orzeczony 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







- 18) Zapoznałam/(em) się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, dokumentacją postępowania na udzielanie świadczeń zdrowotnych i nie wnoszę do niej zastrzeżeń;
- 19) Zapoznałam/em się z istotnymi postanowieniami umowy i nie wnoszę w stosunku do niej żadnych uwag, a w przypadku wyboru mojej oferty podpiszę umowę zgodnie z tym projektem umowy w ciągu 14 dni od daty rozstrzygnięcia postępowania konkursowego;
- 20) Uważam się za związanego ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert;
- 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., Dejaw, 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)

