

Warszawa, dnia.....

**Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej
Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
ul. Marcina Kasprzaka 17
01 – 211 Warszawa**

O F E R T A

na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie neurologii, w tym związanych z realizacją terapeutycznych programów lekowych z użyciem toksyny botulinowej

- w Klinicznym Oddziale neurologicznym,

- w Pododdziale rehabilitacji neurologicznej z jednoczesnym wykonywaniem zadań lekarza zastępującego lekarza pełniącego funkcję lekarza kierującego Pododdziałem rehabilitacji neurologicznej,

- w Poradni neurologicznej,

Szpitala Wolskiego im dr Anny Gostyńskiej Spółce z ograniczoną odpowiedzialnością

Imię.....

Nazwisko.....

PESEL.....

Zawód.....

Nr prawa wykonywania zawodu.....

Specjalizacja w zakresie (stopień specjalizacji)

Nr dokumentu specjalizacji.....

Nr wpisu do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich wykonywanych w zakładzie podmiotu leczniczego prowadzonego przez właściwą ORL

Nr wpisu do ewidencji gospodarczej/ data rozpoczęcia działalności wg CEIDG.....

NIP.....REGON.....

Nr telefonue-mail

Adres zamieszkania

Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem zamieszkania).....

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie neurologii, w tym związanych z realizacją terapeutycznych programów lekowych z użyciem toksyny botulinowej:

- w Klinicznym Oddziale neurologicznym,

- w Pododdziale rehabilitacji neurologicznej z jednoczesnym wykonywaniem zadań lekarza zastępującego lekarza pełniącego funkcję lekarza kierującego Pododdziałem rehabilitacji neurologicznej,

- w Poradni neurologicznej,

zgodnie z przedmiotem zamówienia wskazanym w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert, na zasadach określonych we wzorze umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.

OFERENT OŚWIADCZA, IŻ:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” oraz postanowieniami określonymi we wzorze umowy i je akceptuje.

2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w siedzibie Szpitala Wolskiego im. dr Anny Gostyńskiej Sp. z o.o. w Warszawie, w miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego zamówienia.
3. Prowadzi Specjalistyczną Praktykę Lekarską w zakładzie podmiotu leczniczego w dziedzinie, wpisaną do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez ORL zgodnie z danymi wymienionym na wstępie niniejszej oferty.
4. Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie osobiście.
5. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości
6. Oświadcza, iż Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej Sp. z o.o. **nie rozwiązał** z nim w okresie 5 lat poprzedzających ogłoszenie niniejszego postępowania umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym przedmiotem niniejszego postępowania w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie oferenta.
7. Deklaruje średnią liczbę godzin w miesiącu wykonywania świadczeń zdrowotnych **w Pododdziale rehabilitacji neurologicznej z jednoczesnym wykonywaniem zadań lekarza zastępującego lekarza pełniącego funkcję lekarza kierującego Pododdziałem rehabilitacji neurologicznej** w godzinach od 7.30 do 15.00 w dni powszednie.
8. Deklaruje średnią liczbę godzin oraz średnią liczbę wizyt **pacjentów** w miesiącu w ramach terapeutycznych programów lekowych (NFZ B.57) z podaniem toksyny botulinowej w ramach hospitalizacji jednodniowej pacjenta **w Klinicznym Oddziale neurologicznym** w godzinach od 15.00 do 15.30 w dni powszednie.
9. Deklaruje realizację świadczeń w godzinach od 15.30 do 18.30 w dni powszednie **w Poradni Neurologicznej:**
 - a) średnią liczbę godzin w miesiącu wykonywania świadczeń zdrowotnych w trybie ambulatoryjnym (przy 4 pacjentach na godzinę)
 - b) średnią liczbę wizyt pacjentów w miesiącu z podaniem toksyny botulinowej w ramach terapeutycznych programów lekowych (NFZ B.57)
10. Proponuje wysokość stawki w kwocie zł **netto** (równoważne z brutto) za każdą godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych **w Pododdziale rehabilitacji neurologicznej z jednoczesnym wykonywaniem zadań lekarza zastępującego lekarza pełniącego funkcję lekarza kierującego Pododdziałem rehabilitacji neurologicznej** w godzinach od 7.30 do 15.00 w dni powszednie.
11. Proponuje wysokość stawki w kwocie zł **netto** (równoważne z brutto) **za wykonanie świadczenia w ramach terapeutycznych programów lekowych z użyciem toksyny botulinowej - (NFZ B.57) podanie toksyny botulinowej 1 pacjentowi w Klinicznym Oddziale Neurologicznym** w godzinach od 15.00 do 15.30 w dni powszednie.
12. Proponuje wysokość stawki w kwocie zł **netto** (równoważne z brutto) za każdą godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych **w Poradni Neurologicznej (przyjęcie średnio 4 pacjentów na godzinę) w trybie ambulatoryjnym (bez podania toksyny botulinowej),**

13. Proponuje wysokość stawki w kwocie**zł netto** (równoważne z brutto) **za wykonanie świadczenia w ramach terapeutycznych programów lekowych z użyciem toksyny botulinowej - za podanie toksyny botulinowej 1 pacjentowi w Poradni Neurologicznej w ramach terapeutycznych programów lekowych (NFZ B.57).**
14. **W Poradni neurologicznej w godzinach 15.30 a 18.30 deklaruje udzielanie świadczeń w następującym dniu i następujących godzinach dla pacjentów w trybie ambulatoryjnym oraz dla pacjentów przyjmowanych w ramach terapeutycznych programów lekowych z użyciem toksyny botulinowej:**
- Poniedziałek: od godz. do godz.(pacjenci w ramach programu lekowego)
od godz.do godz. (pacjencie nie objęci programami lekowymi)
- Wtorek: od godz. do godz.(pacjenci w ramach programu lekowego)
od godz.do godz. (pacjencie nie objęci programami lekowymi)
- Środa: od godz. do godz.(pacjenci w ramach programu lekowego)
od godz.do godz. (pacjencie nie objęci programami lekowymi)
- Czwartek: od godz. do godz.(pacjenci w ramach programu lekowego)
od godz.do godz. (pacjencie nie objęci programami lekowymi)
- Piątek: od godz. do godz.(pacjenci w ramach programu lekowego)
od godz.do godz. (pacjencie nie objęci programami lekowymi)
15. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami od nr 3a do nr.....
16. Oświadczam, iż świadczeń zdrowotnych w zakresie neurologii udzielał przez okres lat.

ZAŁĄCZNIKI:

1. Poświadczony aktualny wydruk z CEIDG – **zał. nr 1.**
2. Poświadczona kopia wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą - zgodnie z ustawą o działalności leczniczej – prowadzonego przez ORL – **zał. nr 2.**
3. Kopie dokumentów dotyczących prawa wykonywania zawodu lekarza i posiadanych kwalifikacji, w tym specjalizacji:
 - dyplom ukończenia studiów;
 - prawo wykonywania zawodu lekarza;
 - dyplom specjalisty lub specjalizacji II stopnia w dziedzinie neurologii oraz rehabilitacji medycznej;
 - zaświadczenie **Konsultanta Wojewódzkiego ds. Neurologii** potwierdzające co najmniej roczne doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w leczeniu toksyną botulinową,
 - *udokumentowane doświadczenie w kierowaniu Oddziałem rehabilitacji neurologicznej (optymalnie),*
 - inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe - **zał. nr 3a, 3b**
4. Wykaz podmiotów, w których oferent udzielał świadczeń zdrowotnych w zakresie neurologii z podaniem okresów, w których usługi te były udzielane – **zał. nr 4.**
5. Kserokopia polisy oc – **zał. nr 5.**
6. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia – **zał. nr 6.**

W związku z wejściem w życie ustawy z dnia 14 czerwca 2024 r. o ochronie sygnalistów w Szpitalu Wolskim im. dr Anny Gostyńskiej Sp. z o. o. z siedzibą w Warszawie ustalono Procedurę dokonywania zgłoszeń naruszeń prawa i podejmowania działań następnych, która określa zasady, sposób dokonywania zgłoszeń naruszeń prawa i podejmowania działań następnych. Szczegółowe informacje znajdują Państwo pod linkiem <http://www.wolski.med.pl/sygnalisci/>

Oświadczenie oferenta w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO¹ wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia w niniejszym postępowaniu*.

.....

(podpis i pieczęć oferenta)

¹ rozporządzenie 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

* W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).