

Dane Udzielającego Zamówienia:

Centralny Szpital Kliniczny Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu
Medycznego w Warszawie, 02-097 Warszawa, ul. S. Banacha 1A

REGON: 000288975

NIP: 522-00-02-529

FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY

Na udzielanie świadczeń zdrowotnych z endoskopii w Pracowni Endoskopowej Kliniki
Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych w okresie od 01.08.2020 r. do 30.06.2023 r.

Nazwa Oferenta.....

Adres siedziby Oferenta.....

Nr telefonu.....

Adres e-mail.....

Numer konta bankowego.....

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

Za wykonane badania i zabiegi endoskopowe proponuję stawki:

- 1) gastroscopia lub sigmoidoscopia- _____zł brutto;
- 2) kolonoskopia- _____zł brutto;
- 3) polipektomia przy użyciu pętli (cena doliczana do badania endoskopowego niezależnie od liczby usuniętych polipów)- _____zł brutto;;
- 4) mukozektomia/ESD (cena doliczana do ceny badania endoskopowego)- _____zł brutto;
- 5) tamowanie krwawienia z przewodu pokarmowego lub technika obliteracji lub usunięcie ciała obcego z przewodu pokarmowego (cena zawiera koszt badania endoskopowego)- _____zł brutto;
- 6) poszerzanie i/lub protezowanie zwężeń przełyku, żołądka, dwunastnicy, jelita cienkiego, jelita grubego (cena wraz z kosztem badania endoskopowego)- _____zł brutto;
- 7) ECPW (niezależnie do liczby i rodzaju użytych protez)- _____zł brutto;
- 8) ECPW wykonywane enteroskopem lub enteroscopia- _____zł brutto;
- 9) założenie PEG (cena obejmuje koszt badania endoskopowego)- _____zł brutto;
- 10) EUS- _____zł brutto;
- 11) za każdą godzinę „dyżuru pod telefonem w celu przyjazdu do zabiegów

endoskopowych ratujących życie”- _____zł brutto.

Oferent oświadcza, że:

1. zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, dokumentacją postępowania na świadczenie usług i nie wnosi do niej zastrzeżeń;
2. posiada odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem oferty;
3. dane przedstawione w ofercie i oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym;
4. gwarantuje ciągłość, kompleksowość, dostępność i wysoką jakość świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej oferty;
5. zobowiązuje się do zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 ze zm.) oraz dostarczenia orzeczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań zdrowotnych w przypadku przyjęcia oferty najpóźniej do dnia podpisania umowy o udzielenie zamówienia;
6. osobiście będzie świadczył usługi na rzecz Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie;
7. zobowiązuję się do przestrzegania praw pacjenta;

Do oferty dołączam następujące dokumenty:

(Wszystkie dokumenty powinny mieć formę poświadczoną za zgodność z oryginałem kserokopii. Poświadczenie musi być wykonane przez Oferenta).

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

Administratorem danych osobowych jest Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego z siedzibą w Warszawie przy ul. Banacha 1A, 02-097 Warszawa, wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000073036, posiadającym REGON: 000288975, NIP: 5220002529. Celem przetwarzania danych przez Administratora jest podjęcie niezbędnych działań mających na celu doprowadzenie do zawarcia umowy świadczenia usług. Dane zgromadzone są wyłącznie do użytku wewnętrznego administratora. Dane udostępniają wyłącznie osoby upoważnione do tego przez administratora.

Każdy zgłaszający dane ma prawo do wglądu do swoich danych osobowych, poprawiania ich treści, żądania uzupełnienia, uaktualnienia, czasowego lub stałego wstrzymania ich przetwarzania lub ich usunięcia, jeżeli są one niekompletne, nieaktualne, nieprawdziwe albo są już zbędne do realizacji celu, dla którego zostały zebrane. Zgłaszający dane ma również prawo do uzyskania informacji o celu, źródle, z którego pochodzą dane, zakresie i sposobie przetwarzania i udostępniania danych. Podanie danych osobowych jest dobrowolne. Administrator danych zobowiązuje się do zastosowania środków technicznych i organizacyjnych zapewniających ochronę przetwarzania danych osobowych. Usunięcie danych osobowych nie wymaga zgody osoby, której dane dotyczą.

Jednocześnie zgłaszający zobowiązany do zgłoszenia Administratorowi wszelkich zmian dotyczących danych osobowych oraz kwalifikacji zawodowych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji przeprowadzonego konkursu ofert (zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. roku o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. 2018 r. poz. 1000)).

Pieczętka i podpis Oferenta

Warszawa, dn. _____