

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 w okresie od 01.09.2020 r. do 31.08.2023 r. w zakresie:

- 1) pełnienia dyżurów perfuzjonisty w Bloku Operacyjnym Kliniki Kardiochirurgii w wymiarze minimum 108 godzin miesięcznie (bez godzin dyżurowych „pod telefonem”);
- 2) pełnienia dyżurów „pod telefonem” w Bloku Operacyjnym Kliniki Kardiochirurgii w wymiarze minimum 48 godzin miesięcznie;
- 3) pełnienia dyżurów perfuzjonisty w Klinice Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus w terminie uzgodnionym z Kierownikiem właściwej komórki organizacyjnej w wymiarze 4-5 dyżurów rocznie.

Nazwa Oferenta.....

Adres siedziby Oferenta.....

Nr telefonu.....

Adres e-mail.....

Numer konta bankowego.....

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

- 1) Za każdą godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w każdym dniu tygodnia w ciągu całej doby proponuję stawkę w wysokości _____ zł brutto.
- 2) Za każdą godzinę „dyżuru pod telefonem” proponuję stawkę w wysokości _____ 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. zobowiązuje 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. _____