



UNIWERSYTECKIE CENTRUM KLINICZNE
WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO
Dziecięcy Szpital Kliniczny
Dział Spraw Pracowniczych i Płac

Załącznik nr 2 do Szczególnych warunków konkursu Ofert

Dane Udzielającego Zamówienia:
Uniwersyteckie Centrum Kliniczne WUM
ul. Banacha 1a,
02-091 Warszawa
Dziecięcy Szpital Kliniczny

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 materiałami informacyjnymi o przedmiotach konkursów ofert na udzielenie zamówień na udzielanie świadczeń zdrowotnych”, oraz projektem umowy 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. OFERTA WARUNKÓW CENOWYCH

1) Dotyczy: Pełnienie dyżurów medycznych w SOR:

Rodzaj udzielanych świadczeń	Lekarz specjalista	Lekarz w trakcie specjalizacji
1 godzina brutto		

MINIMALNA deklarowana miesięczna liczba godzin, jaką Oferent zobowiązuje się wykonywać na rzecz Udzielającego zamówienie przez cały okres trwania umowy :

1. Lekarz dyżur z zakresu medycyny ratunkowej - godziny;
2. Lekarz dyżur z zakresu pediatrii- godzin;
3. Lekarz dyżur z zakresu chirurgii - godzin.

Posiadam doświadczenie w wykonywaniu świadczeń w przedmiocie postępowania:.....lat

2) Dotyczy: Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii:

Rodzaj udzielanych świadczeń	Lekarz specjalista
1 godzina brutto od poniedziałku do piątku, w godzinach od 7:30 do 15:00	
1 godzina brutto od poniedziałku do piątku w godzinach od 15:00 do 8:00 oraz w dni wolne od pracy, soboty, niedziele i święta w godzinach od 8:00 do 8:00	

MINIMALNA deklarowana miesięczna liczba godzin, jaką Oferent zobowiązuje się wykonywać na rzecz Udzielającego zamówienie przez cały okres trwania umowy :

Posiadam doświadczenie w wykonywaniu świadczeń w przedmiocie postępowania:.....lat

3) Pełnienie dyżurów medycznych w zakresie pediatrii w Klinice Chorób zakaźnych i Pediatrii:

Rodzaj udzielanych świadczeń	Lekarz specjalista
1 godzina brutto	

MINIMALNA deklarowana miesięczna liczba godzin, jaką Oferent zobowiązuje się wykonywać na rzecz Udzielającego zamówienie przez cały okres trwania umowy :

Posiadam doświadczenie w wykonywaniu świadczeń w przedmiocie postępowania:.....lat

4) Dotyczy: Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie neurologii dziecięcej:

Rodzaj udzielanych świadczeń	Lekarz specjalista	Lekarz w trakcie specjalizacji
1 godzina brutto		
1 punkt NFZ brutto		

MINIMALNA deklarowana miesięczna liczba godzin dyżuru medycznego, jaką Oferent zobowiązuje się wykonywać na rzecz Udzielającego zamówienie przez cały okres trwania umowy :

Posiadam doświadczenie w wykonywaniu świadczeń w przedmiocie postępowania:.....lat

5) Dotyczy: Pełnienie dyżurów medycznych w zakresie położnictwa i ginekologii:

Rodzaj udzielanych świadczeń	Lekarz specjalista	Lekarz w trakcie specjalizacji
1 godzina brutto od poniedziałku do piątku w godzinach od 15:30 oraz dni wolne od pracy, soboty, niedziele i święta w godzinach od 8:00 do 8:00		
1 godzina brutto od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 15:30		

MINIMALNA deklarowana miesięczna liczba godzin, jaką Oferent zobowiązuje się wykonywać na rzecz Udzielającego zamówienie przez cały okres trwania umowy :

Posiadam doświadczenie w wykonywaniu świadczeń w przedmiocie postępowania:

Ilość lat pracy w zawodzie lekarza

6) Dotyczy: Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii dziecięcej:

Rodzaj udzielanych świadczeń	Lekarz specjalista	Lekarz w trakcie specjalizacji
1 godzina brutto		
1 punkt NFZ brutto		

MINIMALNA deklarowana miesięczna liczba godzin dyżuru medycznego, jaką Oferent zobowiązuje się wykonywać na rzecz Udzielającego zamówienie przez cały okres trwania umowy :

Posiadam doświadczenie w wykonywaniu świadczeń w przedmiocie postępowania:.....lat

7) Dotyczy: Konsultacje w zakresie chorób wewnętrznych oraz kardiologii w Klinice Położnictwa, Perinatologii i Ginekologii:

Rodzaj udzielanych świadczeń	Lekarz specjalista
1 konsultacja brutto	

MINIMALNA deklarowana miesięczna liczba konsultacji, jaką Oferent zobowiązuje się wykonywać na rzecz Udzielającego zamówienie przez cały okres trwania umowy :

Posiadam doświadczenie w wykonywaniu świadczeń w przedmiocie postępowania:.....lat

8) Dotyczy: Udzielanie świadczeń w zakresie badań rymanometrycznych:

1 badanie brutto	
------------------	--

MINIMALNA deklarowana miesięczna liczba badań, jaką Oferent zobowiązuje się wykonywać na rzecz Udzielającego zamówienie przez cały okres trwania umowy :

Posiadam doświadczenie w wykonywaniu świadczeń w przedmiocie postępowania:.....lat

9) Dotyczy: Udzielanie świadczeń w zakresie badań technika audiologii:

1 badanie brutto	
------------------	--

MINIMALNA deklarowana miesięczna liczba badań, jaką Oferent zobowiązuje się wykonywać na rzecz Udzielającego zamówienie przez cały okres trwania umowy :

Posiadam doświadczenie w wykonywaniu świadczeń w przedmiocie postępowania:.....lat

10) Dotyczy: Udzielanie świadczeń w zakresie rehabilitacji w Klinice Neonatologii:

1 godzina brutto	
------------------	--

MINIMALNA deklarowana miesięczna liczba godzin, jaką Oferent zobowiązuje się wykonywać na rzecz Udzielającego zamówienie przez cały okres trwania umowy :

Posiadam doświadczenie w wykonywaniu świadczeń w przedmiocie postępowania:.....lat

11) Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie Pielęgniarstwa w ODDZIALE KLINICZNYM NEONATOLOGII – PATOLOGIA NOWORODKA

Rodzaj udzielanych świadczeń	Pielęgniarka/pielęgniarz
1 godzina brutto	

MINIMALNA deklarowana miesięczna liczba godzin, jaką Oferent zobowiązuje się wykonywać na rzecz Udzielającego zamówienie przez cały okres trwania umowy :

Posiadam doświadczenie w wykonywaniu świadczeń w przedmiocie postępowania:.....lat

12) Dotyczy: Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie Pielęgniarstwa w ODDZIALE KLINICZNYM NEONATOLOGII – INTENSYWNA TERAPIA NOWORODKA

Rodzaj udzielanych świadczeń	Pielęgniarka/pielęgniarz
1 godzina brutto	

MINIMALNA deklarowana miesięczna liczba godzin, jaką Oferent zobowiązuje się wykonywać na rzecz Udzielającego zamówienie przez cały okres trwania umowy:

Posiadam doświadczenie w wykonywaniu świadczeń w przedmiocie postępowania:.....lat

13) Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie Pielęgniarstwa w ODDZIALE KLINICZNYM POŁOŻNICTWA PERINATOLOGII I GINEKOLOGII

Rodzaj udzielanych świadczeń	Pielęgniarka/pielęgniarz
1 godzina brutto	

MINIMALNA deklarowana miesięczna liczba godzin, jaką Oferent zobowiązuje się wykonywać na rzecz Udzielającego zamówienie przez cały okres trwania umowy :

Posiadam doświadczenie w wykonywaniu świadczeń w przedmiocie postępowania:.....lat

14) Dotyczy: Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie Pielęgniarstwa w ODDZIALE KLINICZNYM ANESTEZJOLOGII INTENSYWNEJ OPIEKI I OPIEKI POOPERACYJNEJ

Rodzaj udzielanych świadczeń	Pielęgniarka/pielęgniarz
1 godzina brutto	

MINIMALNA deklarowana miesięczna liczba godzin, jaką Oferent zobowiązuje się wykonywać na rzecz Udzielającego zamówienie przez cały okres trwania umowy :

Posiadam doświadczenie w wykonywaniu świadczeń w przedmiocie postępowania:.....lat

2. Oferent wnosi o objęcie ubezpieczeniem społecznym TAK NIE

i dokonanie stosownych potrąceń z wynagrodzenia na:

- a. podatek dochodowy
- b. składka zdrowotna
- c. składki na ubezpieczenie społeczne: emerytalna , rentowa , chorobowa (dobrowolna) .

15) DSK UCK WUM to jedyne miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych

TAK NIE

16) Pobiera emeryturę TAK NIE

17) Pobiera rentę TAK NIE

18) Orzeczony stopień niesprawności.....

3. Jako Oferent oświadczam, że:

1. zapoznałam/(em) się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, dokumentacją postępowania na świadczenie usług i nie wnoszę do niej zastrzeżeń;
2. 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;
3. uważam się za związanego ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert;
4. dane przedstawione w ofercie i oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
5. nie zalegam w opłatach składek ZUS oraz w opłacie podatku w Urzędzie Skarbowym
6. posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem oferty;
7. gwarantuję ciągłość, kompleksowość, dostępność i wysoką jakość świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej oferty;
8. zobowiązuję się do przestrzegania praw pacjenta;
9. 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;
10. 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.
5. Kopia wpisu do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność – zał. nr 5
6. Inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych – zał. nr 6
7. Własnoręcznie podpisaną Informację Administratora Danych Osobowych, stanowiącą Załącznik nr 4 do SWKO – zał. Nr 7.
8. Pełnomocnictwo wystawione zgodnie z Szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu oferenta – zał. nr 8

Warszawa, dnia

(podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)