



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 chirurgii ogólnej – ambulatorium „po SOR”:

Rodzaj udzielanych świadczeń	Lekarz specjalista
1 punkt NFZ brutto	

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) Pełnienie dyżurów medycznych w zakresie pediatrii w Klinice Położnictwa i Perinatologii:

Rodzaj udzielanych świadczeń	Lekarz specjalista	Lekarz w trakcie specjalizacji
1 godzina brutto II dyżurny		
1 godzina brutto III dyżurny		

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

5) 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

6) Dotyczy: Konsultacje neurologopedyczne w Klinice Neurologii Dziecięcej i Pediatrii:

Rodzaj udzielanych świadczeń	Lekarz specjalista
1 konsultacja wstępna pierwszorazowa	
1 konsultacja kolejna	
1 godzina konsultacji w OK Neonatologii	

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

7) Dotyczy: Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii interwencyjnej:

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

8) Dotyczy: Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiochirurgii:

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

9) Dotyczy: Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Klinice Chirurgii dziecięcej, Urologii Dziecięcej i Pediatrii:

Rodzaj udzielanych świadczeń	Lekarz specjalista
% wartości wykonanych zabiegów operacyjnych zgodnie z wyceną w katalogu grup JGP (po odjęciu kosztów materiałów użytych do tych zabiegów)	
1 konsultacja brutto	

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

10) 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

11) Dotyczy: Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Klinice Pneumonologii Alergologii Wieków Dziecięcego i Pediatrii, w tym w Pracowni Polisomnografii:

Rodzaj udzielanych świadczeń	Lekarz specjalista	Lekarz w trakcie specjalizacji
1 badanie polisomnografii		
1 godzina dyżuru medycznego 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

12) Dotyczy: Udzielanie świadczeń zdrowotnych technika radiologii i elektroradiologii w Pracowni Polisomnografii Kliniki Pneumonologii Alergologii Wieków Dziecięcego i Pediatrii, :

Rodzaj udzielanych świadczeń	Lekarz specjalista	Lekarz w trakcie specjalizacji
1 badanie polisomnografii		

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

13) Dotyczy: Udzielanie świadczeń w zakresie badań rynomanometrycznych:

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

14) Dotyczy: Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie perfuzji:

Rodzaj udzielanych świadczeń	Perfuzjonista z dyplomem pielęgniarstwa	Perfuzjonista

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

15) 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

16) 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

17) Dotyczy: Udzielanie świadczeń w zakresie okulistyki w Klinice Neonatologii:

1 badanie okulistyczne noworodków przedwcześnie urodzonych brutto	
1 zabieg w zakresie wewnątrzgałkowej iniekcji leku u noworodków przedwcześnie urodzonych	

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

18) Dotyczy: Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa w SOR:

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 pielęgniarstwie: lat

Posiadam doświadczenie w wykonywaniu świadczeń w SOR :.....lat

19) **Dotyczy: Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwa medycznego w SOR:**

Rodzaj udzielanych świadczeń	Ratownik medyczny
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 ratownictwie medycznym: lat

Posiadam doświadczenie w wykonywaniu świadczeń w SOR :.....lat

20) **Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie Pielęgniarstwa w*:**

*Proszę zaznaczyć preferowany oddział:

- ODDZIALE KLINICZNYM ONKOLOGII, HEMATOLOGII DZIECIĘCEJ, TRANSPLANTOLOGII KLINICZNEJ I PEDIATRII
- ODDZIALE KLINICZNYM KARDIOLOGII DZIECIĘCEJ I PEDIATRII
- ODDZIALE KLINICZNYM NEUROLOGII DZIECIĘCEJ I PEDIATRII
- ODDZIALE KLINICZNYM GASTROENTEROLOGII ŻYWIENIA DZIECI I PEDIATRII
- ODDZIALE KLINICZNYM PNEUMONOLOGII I ALERGOLOGII WIEKU DZIECIĘCEGO I PEDIATRII
- ODDZIALE KLINICZNYM PEDIATRII
- ODDZIAŁ KLINICZNY OTOLARYNGOLOGII I PEDIATRII
- ODDZIALE KLINICZNYM NEUROCHIRURGII Z PODODDZIAŁEM TRAUMATOLOGII NARZĄDU RUCHU
- ODDZIALE KLINICZNYM CHIRURGII DZIECIĘCEJ, UROLOGII DZIECIĘCEJ I PEDIATRII
- ODDZIALE KLINICZNYM KARDIOCHIRURGII DZIECIĘCEJ

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

21) **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

22) 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

23) Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie Pielęgniarstwa w Poradni Neonatologicznej

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

24) Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie Pielęgniarstwa anestezyjologicznego *:

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

ODDZIALE KLINICZNYM ANESTEZJOLOGII INTENSYWNEJ OPIEKI I OPIEKI POOPERACYJNEJ – Pododdział Anestezjologii

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

ODDZIALE KLINICZNYM ANESTEZJOLOGII INTENSYWNEJ OPIEKI I OPIEKI POOPERACYJNEJ – Pododdział Intensywnej Terapii, pododdział 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

Bloku Operacyjnym - Endoskopia

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) .

25) DSK UCK WUM to jedyne miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych

TAK NIE

26) Pobiera emeryturę TAK NIE

27) Pobiera rentę TAK NIE

28) Orzeczony stopień niepełności.....

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. zobowiązuje się do przestrzegania praw pacjenta;
9. zobowiązuje 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. zobowiązuje 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)