



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 udzielenie 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.

DYREKTOR
Uniwersyteckie Centrum Kliniczne WUM
Anna Łukasik

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) 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

3) Pełnienie dyżurów medycznych w Klinice Neurochirurgii z Pododdziałem Traumatologii Narządu Ruchu:

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

~~DYREKTOR~~
Uniwersyteckie Centrum Kliniczne WUM
Anna Łukasik

4) Pełnienie dyżurów medycznych w Klinice Położnictwa i Perinatologii:

Rodzaj udzielanych świadczeń	Lekarz specjalista	Lekarz w trakcie specjalizacji
1 godzina brutto I dyżurny		
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 Klinice Położnictwa i Perinatologii:

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

DYREKTOR
Uniwersyteckie Centrum Kliniczne WUM
Anna Łukasik

7) 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

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 Aptece:

Rodzaj udzielanych świadczeń	mgr farmacji
1 godzina brutto w Pracowni Żywności Pozajelitowego	

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

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) 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

DYREKTOR
Uniwersyteckie Centrum Kliniczne WUM
Anna Łukasik

12) 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

13) 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

DYREKTOR
Uniwersyteckie Centrum Kliniczne WUM
Anna Łukasik

14) 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

15) 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

16) 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

17) Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie Pielęgniarstwa anesteziologicznego *:

ODDZIALE KLINICZNYM POŁOZNICTWA 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

REKTOR
Instytut Centrum Kliniczne WUM


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) .

1) DSK UCK WUM to jedyne miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych

TAK NIE

2) Pobiera emeryturę TAK NIE

3) Pobiera rentę TAK NIE

4) Orzeczony stopień niepełności.....

DYREKTOR
Anestezjologiczne Centrum Kliniczne WUM

Anna Łukasik

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)

DYREKTOR
Kliniczne Centrum Kliniczne WUM
Anna Łukasik