

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 podziale na części:

Część I Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów z anesteziologii i intensywnej terapii w Klinice Kardiologii:

- 1) Udzielanie świadczeń zdrowotnych w systemie całodobowym według miesięcznego harmonogramu ustalonego z Udzielającym Zamówienia, oraz udział w wysokospecjalistycznych procedurach transplantacyjnych w Klinice Kardiologii.
- 2) Terminy udzielania świadczeń zdrowotnych ustalane będą zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego Zamówienia.
- 3) Udzielanie świadczeń zdrowotnych w wymiarze **minimum 200 godzin miesięcznie**.
- 4) Zapotrzebowanie na **3 lekarzy specjalistów**.

Część II Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę z anesteziologii i intensywnej terapii oraz pełnienie obowiązków kierującego zespołem anesteziologów w Klinice Kardiologii.

- 1) Udzielanie świadczeń zdrowotnych w systemie całodobowym według miesięcznego harmonogramu ustalonego z Udzielającym Zamówienia, oraz udział w wysokospecjalistycznych procedurach transplantacyjnych w Klinice Kardiologii.
- 2) Terminy udzielania świadczeń zdrowotnych ustalane będą zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego Zamówienia.
- 3) Udzielanie świadczeń zdrowotnych w wymiarze **minimum 200 godzin miesięcznie**.
- 4) Zapotrzebowanie na **1 lekarza specjalistę**.

Część III Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów z anesteziologii i intensywnej terapii w Klinice Kardiologii.

- 1) Udzielanie świadczeń zdrowotnych według miesięcznego harmonogramu ustalonego z Udzielającym Zamówienia oraz udział w wysokospecjalistycznych procedurach transplantacyjnych w Klinice Kardiologii.
- 2) Terminy udzielania świadczeń zdrowotnych ustalane będą zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego Zamówienia.
- 3) Zapotrzebowanie na min. **10 lekarzy specjalistów**.

Nazwa Oferenta.....

Adres siedziby Oferenta.....

Nr telefonu.....

Adres e-mail.....

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

Oferta w zakresie części ____ konkursu ofert (proszę wpisać, której części dotyczy).

Propozycja stawek:

Dot. I części konkursu ofert:

- a) _____ **zł brutto miesięcznie** płatne ryczałtem przy czym ryczałt ten płacony będzie za udzielanie świadczeń w ilości 200 h miesięcznie. Powyżej tych godzin płatność dodatkowa **za każdą godzinę świadczonych usług w wysokości _____ zł brutto**.
- b) _____ **brutto** za każdą procedurę transplantacyjną serca.

Dot. II części konkursu ofert:

- a) _____ **zł brutto miesięcznie** płatne ryczałtem przy czym ryczałt ten płacony będzie za udzielanie świadczeń w ilości 200 h miesięcznie. Powyżej tych godzin płatność dodatkowa **za każdą godzinę świadczonych usług w wysokości _____ zł brutto**.
- b) _____ **zł brutto miesięcznie** płatne ryczałtem, za pełnienie obowiązków całodobowej, kompleksowej koordynacji pracy zespołu anestezjologów zatrudnionych w Klinice Kardiochirurgii;
- c) _____ **brutto** za każdą procedurę transplantacyjną serca.

Dot. III części konkursu ofert:

- a) _____ **brutto za każdą godzinę świadczonych usług w wysokości _____ zł brutto**.
- b) _____ **brutto** za każdą procedurę transplantacyjną serca.

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 2022 r. poz. 633) 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.
8.

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 (t.j. Dz. U. 2019 r. poz. 1781).

Warszawa dn.

Pieczętka i podpis Oferenta