

Dane Udzielającego Zamówienia:

Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie, 02-097  
Warszawa, ul. S. Banacha 1A REGON: 000288975 NIP: 522-00-02-529  
Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus 02-005 Warszawa, ul. Lindleya 4

FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY

Na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w Klinice Ortopedii i Traumatologii  
Narządu Ruchu w okresie od 01.11.2022 r. do 31.10.2025 r. - lokalizacja Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus  
02-005 Warszawa, ul. Lindleya 4

Nazwa Oferenta.....

Adres siedziby Oferenta.....

Nr telefonu.....

Adres e-mail.....

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

Propozycja stawek:

	Nazwa świadczenia	Wynagrodzenie
	Udzielanie świadczeń w Klinice Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu UCK WUM Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus	proszę o określenie ceny: - za wykonanie zabiegu w % - za poradę w poradni w % - za godzinę dyżuru w zł / godz.
<b>1</b>	<b>Endoprotezoplastyka stawów</b> Wymagania: - dyplom ukończenia studiów, - dyplom poświadczający prawo wykonywania zawodu lekarza, - dokument poświadczający ukończenie specjalizacji z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu, - oświadczenie w wykonywaniu operacji endoprotezoplastyki pierwotnej i inwazyjnej stawu biodrowego, kolanowego i ramiennego oraz artroskopii stawu ramiennego, potwierdzone m.in. certyfikatami z odbytych szkoleń, staży.	Hospitalizacje..... AOS..... Stawka dyżurowa.....
<b>2</b>	<b>Chirurgia ręki</b> Wymagania: dyplom ukończenia studiów, - dyplom poświadczający prawo wykonywania zawodu lekarza, - dokument poświadczający ukończenie specjalizacji z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu, - oświadczenie w wykonywaniu operacji z zakresu chirurgii ręki	Hospitalizacje..... AOS..... Stawka dyżurowa.....

<b>3</b>	<b>Chirurgia artroskopowa i leczenie chorób stawu kolanowego</b> Wymagania: dyplom ukończenia studiów, - dyplom poświadczający prawo wykonywania zawodu lekarza, - dokument poświadczający ukończenie specjalizacji z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu, - oświadczenie w wykonywaniu operacji z zakresu artroskopii stawu kolanowego	Hospitalizacje..... AOS..... Stawka dyżurowa.....
<b>4</b>	<b>Chirurgia i leczenie chorób stawu barkowego</b> Wymagania: dyplom ukończenia studiów, - dyplom poświadczający prawo wykonywania zawodu lekarza, - dokument poświadczający ukończenie specjalizacji z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu, - oświadczenie w wykonywaniu operacji z zakresu chirurgii stawu barkowego	Hospitalizacje..... AOS..... Stawka dyżurowa.....
<b>5</b>	<b>Dyżury medyczne</b> Wymagania: dyplom ukończenia studiów, - dyplom poświadczający prawo wykonywania zawodu lekarza, - dokument poświadczający ukończenie specjalizacji z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu, - 5-letnie doświadczenie zawodowe - wymiar godzin: <b>60-80 godzin miesięcznie</b>	Stawka dyżurowa.....

*Składniki wynagrodzenia znajdują się w załączniku nr 1 do Umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych- wzór.*

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

\_\_\_\_\_  
Pieczęćka i podpis Oferenta

Warszawa, dnia \_\_\_\_\_