

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 lokalizacji CSK UCK WUM w następujących zakresach:

**ZAKRES 1.** Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie specjalistycznych konsultacji w Poradni Transplantacyjnej.

**ZAKRES 2.** Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie specjalistycznych konsultacji w Poradni Transplantacyjnej oraz specjalistycznych konsultacji pacjentom hospitalizowanym w Klinice Hepatologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych.

**ZAKRES 3.** Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie specjalistycznych konsultacji w Poradni Endokrynologicznej.

**ZAKRES 4.** Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie specjalistycznych konsultacji w Poradni Okulistycznej pacjentom Udzielającego Zamówienia oraz pracownikom w ramach Medycyny Pracy.

### Oferta w zakresie nr.....

Nazwa Oferenta.....

Adres siedziby Oferenta.....

Nr telefonu.....

Adres e-mail.....

NIP.....

REGON.....

PESEL.....

Lp.	Nazwa świadczenia zdrowotnego	Propozycja wynagrodzenia
1.	<u>ZAKRES 1</u> Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie specjalistycznych konsultacji w Poradni Transplantacyjnej.	a) _____ % sumy zakodowanych, rozliczonych i poprawnie sprawozdanych do NFZ w danym okresie rozliczeniowym świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wykonywanej przez Przyjmującego Zamówienie. b) Deklarowana miesięczna liczba konsultacji w Poradni _____
2.	<u>ZAKRES 2.</u> Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie specjalistycznych konsultacji w Poradni Transplantacyjnej oraz specjalistycznych konsultacji pacjentom hospitalizowanym w Klinice Hepatologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych.	a) _____ % sumy zakodowanych, rozliczonych i poprawnie sprawozdanych do NFZ w danym okresie rozliczeniowym świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wykonywanej przez Przyjmującego Zamówienie. b) _____ zł brutto za każdą udzieloną konsultację w Klinice Hepatologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych. c) Deklarowana miesięczna liczba konsultacji w Poradni _____ d) Deklarowana miesięczna liczba konsultacji w Klinice _____
3.	<u>ZAKRES 3.</u> Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie specjalistycznych konsultacji w Poradni Endokrynologicznej.	a) _____ zł brutto za każdą udzieloną konsultację. b) Deklarowana miesięczna liczba konsultacji w Poradni _____
4.	<u>ZAKRES 4.</u> Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie specjalistycznych konsultacji w Poradni Okulistycznej pacjentom Udzielającego Zamówienia oraz pracownikom w ramach Medycyny Pracy.	a) _____ zł brutto za konsultację (pacjenci); b) _____ zł brutto za konsultację (pracownicy) w ramach Medycyny Pracy. c) Deklarowana miesięczna liczba konsultacji w Poradni _____

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. ....

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

\_\_\_\_\_  
Pieczętka i podpis Oferenta