

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 przez lekarzy specjalistów w okresie od 01.04.2023 r. do 31.03.2025 r. w podziale na zakresy:

- I. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w dziedzinie chorób wewnętrznych w Szpitalnej Izbie Przyjęć (CSK UCK WUM) w zakresie pełnienia dyżurów medycznych na rzecz pacjentów Udzielającego Zamówienia tj.:
 - 1) dyżurów medycznych 12 godzinnych (7:00 - 19:00) w dni powszednie, soboty i święta;
 - 2) dyżurów medycznych 12 godzinnych (19:00 - 7:00) w dni powszednie, soboty i święta.
- II. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w dziedzinie chorób wewnętrznych oraz medycyny pracy:
 - 1) w Szpitalnej Izbie Przyjęć (CSK UCK WUM) w zakresie pełnienia dyżurów medycznych na rzecz pacjentów Udzielającego Zamówienia tj.:
 - a) dyżurów medycznych 12 godzinnych (7:00 - 19:00) w dni powszednie, soboty i święta;
 - b) dyżurów medycznych 12 godzinnych (19:00 - 7:00) w dni powszednie, soboty i święta.
 - 2) w Przychodni Specjalistycznej (CSK UCK WUM) w zakresie konsultacji z medycyny pracy przez lekarza posiadającego uprawnienia do przeprowadzania badań profilaktycznych medycyny pracy oraz wydawania orzeczeń lekarskich o braku przeciwwskazań do pracy lub przeciwwskazaniach do pracy na określonym stanowisku.

Oferta w zakresiekonkursu ofert

Nazwa Oferenta.....

Adres siedziby Oferenta.....

Nr telefonu.....

Adres e-mail.....

NIP.....

REGON.....

PESEL.....

Lp.	Nazwa świadczenia zdrowotnego	Propozycja wynagrodzenia
1.	<p>Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w dziedzinie chorób wewnętrznych w Szpitalnej Izbie Przyjęć (CSK UCK WUM) w zakresie pełnienia dyżurów medycznych na rzecz pacjentów Udzielającego Zamówienia tj.:</p> <p>1) dyżurów medycznych 12 godzinnych (7:00 - 19:00) w dni powszednie, soboty i święta;</p> <p>2) dyżurów medycznych 12 godzinnych (19:00 - 7:00) w dni powszednie, soboty i święta.</p>	<p>1) _____ zł brutto za każdą godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych;</p> <p>2) Deklarowana miesięczna liczba godzin _____.</p>
2.	<p>Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w dziedzinie chorób wewnętrznych oraz medycyny pracy:</p> <p>1) w Szpitalnej Izbie Przyjęć (CSK UCK WUM) w zakresie pełnienia dyżurów medycznych na rzecz pacjentów Udzielającego Zamówienia tj.:</p> <p>a) dyżurów medycznych 12 godzinnych (7:00 - 19:00) w dni powszednie, soboty i święta;</p> <p>b) dyżurów medycznych 12 godzinnych (19:00 - 7:00) w dni powszednie, soboty i święta.</p> <p>2) w Przychodni Specjalistycznej (CSK UCK WUM) w zakresie konsultacji z medycyny pracy przez lekarza posiadającego uprawnienia do przeprowadzania badań profilaktycznych medycyny pracy oraz wydawania orzeczeń lekarskich o braku przeciwwskazań do pracy lub przeciwwskazaniach do pracy na określonym stanowisku.</p>	<p>1) _____ zł brutto za każdą godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych;</p> <p>2) _____ zł brutto za każdą udzieloną konsultację z medycyny pracy (w tym wydanie orzeczenia lekarza medycyny pracy i orzeczenia do celów sanitarno-epidemiologicznych);</p> <p>3) Deklarowana miesięczna liczba godzin _____ (Szpitalna Izba Przyjęć).</p>

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).

Warszawa, dnia _____

Pieczętka i podpis Oferenta