

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

FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY

Na udzielanie świadczeń zdrowotnych w podziale na części:

Udzielanie wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę z anestezjologii i intensywnej terapii w II Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii okresie od 01.09.2023 r. do 31.12.2023 w zakresie:

1. anestezjologii i intensywnej terapii, tj. wykonywania znieczulania ogólnego i przewodowego do zabiegów operacyjnych oraz dla celów diagnostycznych lub leczniczych;
2. reanimacji i udzielania świadczeń medycznych pacjentom będącym w stanie bezpośredniego zagrożenia życia;
3. leczenia bólu ostrego;
4. udzielanie konsultacji z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii;
5. intensywnej terapii – leczenie i opieka nad chorymi w Oddziale Intensywnej Terapii i Oddziale Pooperacyjnym;
6. prowadzenie racjonalnej i oszczędnej gospodarki sprzętem, aparaturą i innymi środkami wykorzystywanymi do udzielania wyżej wymienionych świadczeń, zgodnie z przyjętymi w II Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii standardami;
7. nadzorowanie pracy lekarzy bez specjalizacji;
8. dyżurów medycznych w systemie całodobowym według harmonogramu(podkreślić jeśli dotyczy);
9. udział w wysokospecjalistycznych procedurach transplantacyjnych: przeszczepienie nerki, przeszczepienia nerki i trzustki, oraz wątroby a w szczególności:
 - 1) identyfikacja potencjalnego dawcy narządów
 - 2) udział w komisyjnym orzeczeniu zgonu;
 - 3) kwalifikacja potencjalnego dawcy do pobrania narządów i opiece nad dawcą do momentu pobrania narządów;
 - 4) znieczulenie do pobrania narządów od dawcy zmarłego;
 - 5) znieczulenie do przeszczepienia nerki od dawcy zmarłego;
 - 6) znieczulenie do przeszczepienia nerki i trzustki od dawcy zmarłego;
 - 7) znieczulenie trzustki;
 - 8) znieczulenie do przeszczepienia nerki z odprowadzeniem moczu sp. Brickera;
 - 9) znieczulenie do przeszczepienia nerki od dawcy żywego;
 - 10) znieczulenie do przeszczepienia wątroby;
 - 11) znieczulenie do pobrania narządów od dawcy żywego.

Nazwa Oferenta:.....

Adres siedziby Oferenta.....

Nr telefonu/e-mail.....

Numer konta bankowego.....

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

1. **Zobowiązuje się do przepracowania minimum _____ godzin miesięcznie (bez godzin dyżurowych).** Udzielający zamówienia wymaga min. 60 godzin na miesiąc (bez godzin dyżurowych).
2. **Zobowiązuję się do pełnienia dyżurów medycznych w systemie całodobowym TAK/NIE (zaznaczyć właściwe).**
3. **Wynagrodzenie:**
 - a) _____ zł brutto za każdą przepracowaną godzinę, do godziny 15:05;
 - b) _____ zł brutto za każdą przepracowaną godzinę, po godzinie 15:05 w dni powszednie oraz za każdą godzinę dyżuru w sobotę, niedzielę i święta.
 - c) Za udział w wysokospecjalistycznych procedurach proponuję następujące stawki:
 - 1) _____ identyfikacja potencjalnego dawcy narządów
 - 2) _____ zł brutto udział w komisyjnym orzeczeniu zgonu;
 - 3) _____ zł brutto -kwalifikacja potencjalnego dawcy do pobrania narządów i opiece nad dawcą do momentu pobrania narządów;
 - 4) _____ zł. brutto - znieczulenie do pobrania narządów od dawcy zmarłego;
 - 5) _____ zł brutto znieczulenie do przeszczepienia nerki od dawcy zmarłego;
 - 6) _____ zł. brutto - znieczulenie do przeszczepienia nerki i trzustki od dawcy zmarłego;
 - 7) _____ zł. brutto -znieczulenie trzustki;
 - 8) _____ zł. brutto - znieczulenie do przeszczepienia nerki z odprowadzeniem moczu sp. Brickera;
 - 9) _____ zł. brutto - znieczulenie do przeszczepienia nerki od dawcy żywego;
 - 10) _____ zł brutto - znieczulenie do przeszczepienia wątroby;
 - 11) ; _____ zł brutto znieczulenie do pobrania narządów od dawcy żywego.

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 odpowiedzialności cywilnej 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.
8. Do oferty dołączam następujące dokumenty:

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 (Dz. U. 2018 r. poz. 1000)).

Pieczęćka i podpis Oferenta

Warszawa, dn. _____