

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 specjalistycznych świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w lokalizacji CSK w podziale na części:

(ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWĄ CZĘŚĆ)

CZĘŚĆ 1. Udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie specjalistycznych konsultacji w Poradni Endokrynologicznej Przychodni Specjalistycznej.

CZĘŚĆ 2. Udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w Przychodni Specjalistycznej w zakresie:

- 1) wykonywania badań USG;
- 2) wykonywania badań USG metodą Dopplera.

CZĘŚĆ 3. Udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w Przychodni Specjalistycznej w zakresie:

- 1) wykonywania badań USG;
- 2) wykonywanie badań USG metodą Dopplera;
- 3) udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w Poradni Kardiologicznej.

CZĘŚĆ 4. Udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie pełnienia dyżurów medycznych w Klinice Chorób Wewnętrznych, Nadciśnienia Tętniczego i Angiologii.

Okres zawarcia umowy od 01.01.2024 r. do 31.12.2025 r.

Nazwa Oferenta.....

Adres siedziby Oferenta.....

Nr telefonu.....

Adres e-mail.....

NIP.....

REGON.....

PESEL.....

Propozycja wynagrodzenia dot części I:

Lp.	Nazwa świadczenia zdrowotnego	Propozycja wynagrodzenia
1.	Udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie specjalistycznych konsultacji w Poradni Endokrynologicznej Przychodni Specjalistycznej	1) _____ % sumy zakodowanych, rozliczonych i poprawnie sprawozdanych do NFZ w danym okresie rozliczeniowym świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wykonywanej przez Przyjmującego Zamówienie w Poradni Endokrynologicznej Przychodni Specjalistycznej

Propozycja wynagrodzenia dot. części II

Lp.	Nazwa świadczenia zdrowotnego	Propozycja wynagrodzenia
1.	Udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w Przychodni Specjalistycznej w zakresie: 1) wykonywania badań USG; 2) wykonywania badań USG metodą Dopplera.	1) _____ zł. brutto za każde wykonane badanie USG; 2) _____ zł. brutto za każde wykonane badanie USG metoda DOPPLERA.

Propozycja wynagrodzenia w zakresie części III

Lp.	Nazwa świadczenia zdrowotnego	Propozycja wynagrodzenia
1.	Udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w Przychodni Specjalistycznej w zakresie: 1) wykonywania badań USG; 2) wykonywanie badań USG metodą Dopplera; 3) udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w Poradni Kardiologicznej.	1) _____ zł. brutto za każde wykonane badanie USG; 2) _____ zł. brutto za każde wykonane badanie USG metoda DOPPLERA. 3) _____ % sumy zakodowanych, rozliczonych i poprawnie sprawozdanych do NFZ w danym okresie rozliczeniowym świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wykonywanej przez Przyjmującego Zamówienie w Poradni Kardiologicznej Przychodni Specjalistycznej

Propozycja wynagrodzenia w zakresie części IV

Lp.	Nazwa świadczenia zdrowotnego	Propozycja wynagrodzenia
1.	Udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie pełnienia dyżurów medycznych w Klinice Chorób Wewnętrznych, Nadciśnienia Tętniczego i Angiologii.	1) _____zł. brutto za każdą godzinę pełnienia dyżuru w Klinice Chorób Wewnętrznych, Nadciśnienia Tętniczego i Angiologii

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 2023 r. poz. 991) 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.

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