

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 podziale na zakresy :

I. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w Klinice Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych CSK UCK WUM (Oddziale Klinicznym Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych), a w szczególności:

- 1) Udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentom hospitalizowanym w Klinice Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych (Oddziale Klinicznym Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych);
- 2) Pełnienie dyżurów medycznych;
- 3) Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach pakietu onkologicznego DILO;
- 4) Udzielanie świadczeń zdrowotnych na terenie Szpitali Klinicznych UCK WUM, po uprzednim uzgodnieniu z Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa CSK UCK WUM lub osobą upoważnioną;
- 5) Wykonywanie badań FibroScan *(jeśli dotyczy)*;
- 6) Zarządzanie Kliniką - *(jeśli dotyczy)*.

Okres zawarcia umowy: od 01.04.2024 r. do 31.03.2028 r.

II. Udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w Poradni Gastroenterologicznej CSK.

Okres zawarcia umów: od 01.04.2024 r. do 31.03.2028r.

Oferta w zakresie nr

Nazwa Oferenta.....

Adres siedziby Oferenta.....

Nr telefonu.....

Adres e-mail.....

NIP.....

REGON.....

PESEL.....

Propozycja wynagrodzenia (proszę uzupełnić prawidłowy zakres):

Lp.	Nazwa świadczenia zdrowotnego	Propozycja wynagrodzenia
1.	Zakres 1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w Klinice Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych CSK UCK WUM (Oddziale Klinicznym Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych).	<ol style="list-style-type: none">1) Leczenie szpitalne-% z 80% sumy zakodowanych, rozliczonych i sprawozdanych do Narodowego Funduszu Zdrowia świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego wykonanego przez Klinikę (do podziału na zespół);2)zł brutto za każde wykonane badanie FibroScan (<u>jeśli dotyczy</u>);3)% wyniku finansowego EBIDTA (za dany rok kalendarzowy);4) Zarządzanie Kliniką (<u>jeśli dotyczy</u>)-% z 80% sumy zakodowanych, rozliczonych i sprawozdanych do Narodowego Funduszu Zdrowia świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego wykonanego przez Klinikę.
2.	Zakres 2. Udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w Poradni Gastroenterologicznej CSK.	<ol style="list-style-type: none">1) % sumy zakodowanych, rozliczonych i poprawnie sprawozdanych do NFZ (ponad limit 21.000 pkt – miesięcznie) w danym okresie rozliczeniowym świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wykonywanej przez Przyjmującego Zamówienie w Poradni Gastroenterologicznej CSK;2) % sumy zakodowanych, rozliczonych i poprawnie sprawozdanych do NFZ (minimum limit 21.000 pkt – miesięcznie) w danym okresie rozliczeniowym świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wykonywanej przez Przyjmującego Zamówienie w Poradni Gastroenterologicznej CSK;3) Deklarowana miesięczna liczba dni/ godzin udzielania świadczeń zdrowotnych

Szczegółowe składniki wynagrodzenia znajdują się w załączniku nr 1 do Umowy na udzielenie 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. 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.
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 _____

Pieczęć i podpis Oferenta