

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

Udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Udzielającego Zamówienia w podziale na zakresy:

Zakres 1: Udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w Poradni Genetycznej CSK

Okres zawarcia umowy: od 01.03.2025 r. do 28.02.2026 r.

Zakres 2: Udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w Poradni Neurologicznej CSK

Okres zawarcia umowy: od 01.03.2025 r. do 28.02.2026 r.

Zakres 3: Udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w Poradni Genetycznej DSK

Okres zawarcia umowy: od 01.03.2025 r. do 28.02.2026 r.

Zakres 4: Udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w Poradni Otolaryngologicznej CSK

Okres zawarcia umowy: od 01.03.2025 r. do 28.02.2026 r.

Zakres 5: Udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w Zakładzie Rehabilitacji CSK.

Okres zawarcia umowy: od 01.03.2025 r. do 28.02.2028 r.

Oferta w zakresie nr

Nazwa Oferenta.....

Adres siedziby Oferenta.....

Nr telefonu.....

Adres e-mail.....

NIP.....

REGON.....

PESEL.....

Nazwa świadczenia zdrowotnego	Propozycja wynagrodzenia
<u>Zakres 1:</u> Udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w Poradni Genetycznej CSK Okres zawarcia umowy: od 01.03.2025 r. do 28.02.2026 r.	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 Genetycznej CSK. 2) Deklarowana miesięczna liczba godzin: minimum, maksymalniegodzin miesięcznie.
<u>Zakres 2:</u> Udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w Poradni Neurologicznej CSK Okres zawarcia umowy: od 01.02.2025 r. do 28.02.2026 r.	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 Neurologicznej CSK. 2) Deklarowana miesięczna liczba godzin: minimum, maksymalniegodzin miesięcznie.
<u>Zakres 3:</u> Udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w Poradni Genetycznej DSK Okres zawarcia umowy: od 01.02.2025 r. do 28.02.2026 r.	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 Genetycznej DSK. 2) Deklarowana miesięczna liczba godzin: minimum, maksymalniegodzin miesięcznie.
<u>Zakres 4:</u> Udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w Poradni Otolaryngologicznej CSK Okres zawarcia umowy: od 01.03.2025 r. do 28.02.2026 r.	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 Otolaryngologicznej CSK. 2) Deklarowana miesięczna liczba godzin: minimum, maksymalniegodzin miesięcznie.

Zakres 5: Udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w Zakładzie Rehabilitacji CSK UCK. Okres zawarcia umowy: od 01.03.2025 r. do 28.02.2028 r.	1) _____ % sumy zakodowanych, rozliczonych i poprawnie sprawozdanych do Narodowego Funduszu Zdrowia w danym okresie rozliczeniowym świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wykonywanej przez Przyjmującego Zamówienie; 2) _____ % sumy <u>za jeden</u> osobodzień pacjenta zakwalifikowanego do Oddziału Dziennego Rehabilitacji Ogólnoustrojowej w Zakładzie Rehabilitacji przez Przyjmującego Zamówienie, tj. rozliczonego i poprawnie sprawozdanego do Narodowego Funduszu Zdrowia w danym okresie rozliczeniowym świadczeń z zakresu Oddziału Dziennego Rehabilitacji Ogólnoustrojowej dla dorosłych i dzieci. 3) Deklarowana miesięczna liczba godzin/ konsultacji _____
---	---

Szczegółowe składniki wynagrodzenia znajdują się w załączniku nr 1 do Umowy na udzielanie 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 2024 r. poz. 799) 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.
8. **Oferent zobowiązuje się dostarczyć w przypadku przyjęcia oferty (najpóźniej do dnia podpisania umowy o udzielenie zamówienia) zaświadczenia z Krajowego Rejestru Karnego o niekaralności oraz oświadczenia, zgodnie art. 21 ustawy z dnia 13.05.2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym (Dz.U.2023.1304 t.j.). W razie braku spełnienia obowiązku o jakim mowa w zdaniu pierwszym powyżej UCK WUM będzie uprawniony do odstąpienia od umowy o udzielenie zamówienia w terminie do dnia 01.03.2025 roku. W przypadku Zaświadczenia pobranego za pomocą systemu Krajowego Rejestru Karnego wymaga się dostarczenia wersji elektronicznej zapisanej w formie pliku na USB lub płycie CD.**

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