

Dane Udzielającego Zamówienia:

Dziecięcy Szpital Kliniczny

Uniwersyteckie 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 w Dziecięcym Szpitalu Klinicznym UCK WUM na rzecz pacjentów Udzielającego Zamówienia w podziale na zakresy:

**Zakres 1:** Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie położnictwa i ginekologii w Klinice Położnictwa, Perinatologii, Ginekologii i Rozrodczości.

Okres zawarcia umowy od 01.03.2025 r. do 31.10.2025 r.

**Zakres 2:** Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w zakresie opisywania badań rezonansu magnetycznego serca w Zakładzie Radiologii Pediatricznej.

Okres zawarcia umowy od 01.03.2025 r. do 28.02.2026 r.

**Zakres 3:** Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w Pracowni Badań Czynnościowych Układu Oddechowego DSK Kliniki Pneumonologii i Alergologii Wieków Dziecięcego i Pediatrii.

Okres zawarcia umowy od 01.03.2025 r. do 29.02.2028 r.

**Zakres 4:** Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w zakresie konsultacji oraz zabiegów chirurgicznych (w szczególności wad wrodzonych twarzoczaszki) w Klinice Otolaryngologii Dziecięcej i Pediatrii.

Okres zawarcia umowy od 01.03.2025 r. do 28.02.2026 r.

**Zakres 5:** Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w zakresie procedur otolaryngologii dotyczącej zabiegów ślinianek i przewodów ślinowych w Klinice Otolaryngologii Dziecięcej i Pediatrii.

Okres zawarcia umowy od 01.03.2025 r. do 28.02.2026 r.

Oferta w zakres nr .....

Nazwa Oferenta.....

Adres siedziby Oferenta.....

Nr telefonu..... Adres e-mail.....

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

PESEL.....

**Zakres 1:** Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie położnictwa i ginekologii w Klinice Położnictwa, Perinatologii, Ginekologii i Rozrodczości.

Lp.	Rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych	Propozycja wynagrodzenia
1.	Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie położnictwa i ginekologii świadczone przez lekarza specjalistę pełniącego funkcję Lekarza Nadzorującego – <b><u>Pierwszy Lekarz Dyżurny w Klinice Położnictwa, Perinatologii, Ginekologii i Rozrodczości DSK.</u></b>	..... <b>zł brutto</b> za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych jako <b>Pierwszy Lekarz Dyżurny w Klinice Położnictwa, Perinatologii, Ginekologii i Rozrodczości DSK.</b>
2.	Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie położnictwa i ginekologii świadczone przez lekarza – <b><u>Drugi Lekarz Dyżurny w Izbie Przyjęć Położniczo-Ginekologicznej DSK</u></b>	..... <b>zł brutto</b> za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych jako <b>Drugi Lekarz Dyżurny w Izbie Przyjęć Położniczo-Ginekologicznej DSK.</b>
3.	Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie położnictwa i ginekologii świadczone przez lekarza – <b><u>Trzeci Lekarz Dyżurny w Bloku Operacyjnym Położniczo-Ginekologicznym DSK.</u></b>	..... <b>zł brutto</b> za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych jako <b>Trzeci Lekarz Dyżurny w Bloku Operacyjnym Położniczo-Ginekologicznym DSK.</b>

Deklarowana miesięczna liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych, jaką Oferent zobowiązuje się wykonywać - ..... godzin miesięcznie.

**Zakres 2:** Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w zakresie opisywania badań rezonansu magnetycznego serca w Zakładzie Radiologii Pediatricznej.

Lp.	Rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych	Propozycja wynagrodzenia
1.	Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opisywania badań rezonansu magnetycznego serca w <b>Zakładzie Radiologii Pediatricznej.</b>	..... <b>zł brutto</b> za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie opisywania badań rezonansu magnetycznego serca.

Deklarowana miesięczna liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych, jaką Oferent zobowiązuje się wykonywać - ..... godzin miesięcznie.

**Zakres 3:** Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w Pracowni Badań Czynnościowych Układu Oddechowego DSK Kliniki Pneumonologii i Alergologii Wieku Dziecięcego i Pediatrii.

Lp.	Rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych	Propozycja wynagrodzenia
1.	Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w Pracowni Badań Czynnościowych Układu Oddechowego DSK Kliniki Pneumonologii i Alergologii Wieku Dziecięcego i Pediatrii.	..... zł brutto za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych.

Deklarowana miesięczna liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych, jaką Oferent zobowiązuje się wykonywać - ..... godzin miesięcznie.

**Zakres 4:** Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w zakresie konsultacji oraz zabiegów chirurgicznych (w szczególności wad wrodzonych twarzoczaszki) w Klinice Otolaryngologii Dziecięcej i Pediatrii.

Lp.	Rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych	Propozycja wynagrodzenia
1.	Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w zakresie konsultacji oraz zabiegów chirurgicznych (w szczególności wad wrodzonych twarzoczaszki) w Klinice Otolaryngologii Dziecięcej i Pediatrii.	..... zł brutto za jedną konsultację specjalistyczną;
		.....% wartości wykonanych , zakodowanych przez NFZ procedur z zakresu leczenia szpitalnego wykonanych przez Przyjmującego zamówienie za dany miesiąc , rozumianej jako wartość punktowa procedury pomnożona przez 80% aktualnego mnożnika punktowego NFZ ( w odniesieniu do wybranych grup JGP- dodatkowo po odjęciu kosztów materiałów wszczepianych).

Deklarowana miesięczna liczba konsultacji, jaką Oferent zobowiązuje się wykonywać - ..... konsultacji miesięcznie.

Deklarowana miesięczna liczba zabiegów, jaką Oferent zobowiązuje się wykonywać - ..... zabiegów miesięcznie.

**Zakres 5: Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w zakresie procedur otolaryngologii dotyczącej zabiegów ślinianek i przewodów ślinowych w Klinice Otolaryngologii Dziecięcej i Pediatrii.**

Lp.	Rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych	Propozycja wynagrodzenia
1.	Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie procedur otolaryngologii dziecięcej dotyczącej zabiegów ślinianek i przewodów ślinowych w <b>Klinice Otolaryngologii Dziecięcej i Pediatrii.</b>	.....% wartości procedury, zgodnie z wyceną wskazaną w katalogu grup świadczeń JGP rozliczonych z NFZ za każdą wykonaną procedurę.

Deklarowana miesięczna liczba zabiegów, jaką Oferent zobowiązuje się wykonywać - ..... zabiegów miesięcznie.

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 o ochronie małoletnich (Dz.U.2024.560). 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. ....
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)

\_\_\_\_\_  
**Pieczętka i podpis Oferenta**

Warszawa, dnia \_\_\_\_\_