

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 zakresie całodobowej opieki pielęgniarskiej w okresie od 01.09.2025 do 30.09.2026 r. w podziale na części: **(podkreślić właściwe)**

- I. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Klinicznym Kardiologii Inwazyjnej Kliniki Kardiologii w zakresie pielęgniarstwa.
- II. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Pracowni Hemodynamiki (przy Oddziale Klinicznym Kardiologii Inwazyjnej) Kliniki Kardiologii w zakresie pielęgniarstwa.
- III. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Klinicznym Intensywnej Opieki Kardiologicznej Kliniki Kardiologii w zakresie pielęgniarstwa
- IV. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Pododdziale Intensywnej Opieki Chirurgicznej Kliniki Chirurgii Transplantacyjnej i Wątroby w zakresie pielęgniarstwa
- V. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Zakładzie Alergologii i Immunologii Klinicznej w zakresie wykonywania testów alergicznych
- VI. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Zakładzie Alergologii i Immunologii Klinicznej w zakresie pielęgniarstwa (Pracownia Spirometrii)
- VII. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Klinicznym Chorób Wewnętrznych i Endokrynologii Kliniki Chorób Wewnętrznych i Endokrynologii

Nazwa Oferenta.....

Adres siedziby Oferenta.....

Nr telefonu/e-mail.....

Numer konta bankowego.....

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

PESEL.....

Numer prawa wykonywania zawodu.....

Propozycja wynagrodzenia:

1. Za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych proponuję stawkę w wysokości _____ zł brutto.
2. Za jedną godzinę udzielania świadczeń w ilości 240 h i więcej miesięcznie proponuje stawkę w wysokości _____ zł. brutto.
3. Za każdy zabieg koronarografii proponuję stawkę w wysokości _____ zł. brutto (jeśli dotyczy).
4. Za każdy zabieg Angioplastyki proponuję stawkę w wysokości _____ zł. brutto (jeśli dotyczy).
5. Za każdy zabieg Tavi proponuję stawkę w wysokości _____ zł. brutto (jeśli dotyczy).

6. Za każdy zabieg LAAC proponuję stawkę w wysokości _____zł. brutto (jeśli dotyczy).
7. Za każdy zabieg ASD/PFO proponuję stawkę w wysokości _____zł. brutto (jeśli dotyczy).
8. Za zabieg MitraCLIP proponuję stawkę w wysokości _____ zł. brutto (jeśli dotyczy).
9. Za Badanie FFR proponuję stawkę w wysokości _____zł. brutto (jeśli dotyczy).

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 ze zm.) oraz dostarczenia orzeczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań zdrowotnych w przypadku przyjęcia oferty najpóźniej do dnia podpisania umowy o udzielenie zamówienia;
6. zobowiązuje się do przestrzegania praw pacjenta;
7. **Oferent zobowiązuje się dostarczyć w przypadku przyjęcia oferty (najpóźniej do dnia podpisania umowy o udzielenie zamówienia) zaświadczenia z Krajowego Rejestru Karnego 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 01.09.2025 roku.**

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)).

Pieczęć i podpis Oferenta

Warszawa, dn. _____