

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 lokalizacji CSK UCK WUM (ul. Banacha 1A), w podziale na zakresy:

Zakres 1: Udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w Poradni Chirurgii Ogólnej CSK.

Okres zawarcia umowy: od 01.09.2025 r. do 31.08.2027 r.

Zakres 2: Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę z zakresu chorób wewnętrznych), a w szczególności:

1) pełnienie dyżurów medycznych w Klinice Hematologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych tj.:

a) dyżurów medycznych 16,25 - godzinnych w dni powszednie (15:05 – 7:30);

b) dyżurów medycznych 24 – godzinnych w sobotę, niedzielę i święta (7:30 – 7:30).

2) pełnienie dyżurów medycznych w Szpitalnej Izbie Przyjęć tj.:

a) dyżurów medycznych 12 godzinnych (7:00 - 19:00) w dni powszednie, soboty i święta;

b) dyżurów medycznych 12 godzinnych (19:00 - 7:00) w dni powszednie, soboty i święta.

Okres zawarcia umowy: od 15.09.2025 r. do 30.09.2027 r.

Nazwa Oferenta.....

Adres siedziby Oferenta.....

Nr telefonu.....

Adres e-mail.....

NIP.....

REGON.....

PESEL.....

Oferta w zakresie : _____

Propozycja wynagrodzenia:

Nazwa świadczenia zdrowotnego	Propozycja wynagrodzenia
<u>Zakres 1 Udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w Poradni Chirurgii Ogólnej CSK.</u> Okres zawarcia umowy: od 01.09.2025 r. do 31.08.2027 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 _____
<u>Zakres 2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę z zakresu chorób wewnętrznych).</u> 1) pełnienie dyżurów medycznych w Klinice Hematologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych; 2) pełnienie dyżurów medycznych w Szpitalnej Izbie Przyjęć; Okres zawarcia umowy od 15.09.2025 r. do 30.09.2027 r.	1) _____ zł brutto za godzinę dyżuru w Klinice Hematologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych; 2) _____ zł brutto za godzinę dyżuru w Szpitalnej Izbie Przyjęć; 3) Deklarowana miesięczna liczba godzin/dyżurów w Klinice Hematologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych _____. 4) Deklarowana miesięczna liczba godzin/dyżurów w Izbie Przyjęć _____.

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 (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 450 z późn. zm.) 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 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 (zakres 1) i 14.09.2025 roku (zakres 2)

9. 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 _____

Pieczęć i podpis Oferenta