**Udzielający zamówienia:**

Szpital Specjalistyczny

im. Świętej Rodziny SPZOZ

ul. A.J. Madalińskiego 25

02-544 Warszawa

**OFERTA**

**NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ LEKARZY SPECJALISTÓW: W ZAKRESIE NEONATOLOGIA (PATOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA NOWORODKA), W ZAKRESIE: NEONATOLOGIA (FIZJOLOGIA I PATOLOGIA NOWORODKA)**

**– nr Konkursu: K1/2024/DZP/K**

**I. Oznaczenie Oferenta (**Imię i nazwisko lub nazwa (firma**):**

**Adres Oferenta:**

ul. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

kod pocztowy \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ miejscowość \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefon \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, adres e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NIP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ REGON \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nr prawa wykonywania zawodu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nr wpisu do właściwego rejestru: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa organu, który dokonał wpisu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Składając ofertę na konkurs ofert K1/2024/DZP/K na udzielanie świadczeń zdrowotnych, oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych w:**

**□ Zakresie nr 1: Neonatologia (Patologia i Intensywna Terapia Noworodka)\***

**□ Zakresie nr 2 Neonatologia (Fizjologia i Patologia Noworodka)\***

**\* - zaznaczyć X przy wybranym zakresie**

**II. Poniżej należy wpisać stawki brutto za jedną godzinę świadczeń w polskich złotych oraz minimalną deklarowaną liczbę godzin udzielania świadczeń przy wybranym zakresie:**

**ZAKRES NR 1:**

|  |  |
| --- | --- |
| **stawka za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych**  **w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach**  **8.00 – 15.30** | ………………………… |
| **deklarowana miesięczna liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w dni powszednie od poniedziałku do piątku**  **w godzinach 8.00 – 15.30** | ………………………… |
| **stawka za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych za pełnienie dyżurów medycznych w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach 15.30 – 8.00** | ………………………… |
| **deklarowana miesięczna liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach pełnienia dyżurów medycznych**  **w dni powszednie od poniedziałku do piątku**  **w godzinach 15.30 – 8.00** | ………………………… |
| **stawka za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych za pełnienie dyżurów medycznych w soboty, niedziele i święta**  **w godzinach 8.00 – 8.00** | ………………………… |
| **deklarowana miesięczna liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach pełnienia dyżurów medycznych**  **w soboty, niedziele i święta w godzinach 8.00 – 8.00** | ………………………… |

**ZAKRES NR 2:**

|  |  |
| --- | --- |
| **stawka za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych**  **w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach**  **8.00 – 15.30** | ………………………… |
| **deklarowana miesięczna liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w dni powszednie od poniedziałku do piątku**  **w godzinach 8.00 – 15.30** | ………………………… |
| **stawka za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych za pełnienie dyżurów medycznych w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach 15.30 – 8.00** | ………………………… |
| **deklarowana miesięczna liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach pełnienia dyżurów medycznych**  **w dni powszednie od poniedziałku do piątku**  **w godzinach 15.30 – 8.00** | ………………………… |
| **stawka za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych za pełnienie dyżurów medycznych w soboty, niedziele i święta**  **w godzinach 8.00 – 8.00** | ………………………… |
| **deklarowana miesięczna liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach pełnienia dyżurów medycznych**  **w soboty, niedziele i święta w godzinach 8.00 – 8.00** | ………………………… |

**III.**  **Oświadczam, że:**

Mój staż pracy w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania wynosi .......................... lat.

Posiadam następujące kwalifikacje zawodowe (specjalizacja/e, tytuły, stopnie naukowe)

…..................................................................................................................................................

…..................................................................................................................................................

…..................................................................................................................................................

…..................................................................................................................................................

…..................................................................................................................................................

**Oświadczenia złożone przez składającego ofertę:**

1. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią Ogłoszenia o konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych nr K1/2024/DZP/K.
2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert i Materiałami Informacyjnymi i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się ze wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty.
4. Oświadczam, że uważam się za związanego/ą ofertą przez okres 30 dni licząc od upływu terminu składania ofert.
5. Oświadczam, że akceptuję załączone warunki umowy i w razie wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy na warunkach określonych w ofercie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
6. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z Klauzulą informacyjną dotyczą przetwarzania danych osobowych do Ogłoszenia o konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych nr K1/2024/DZP/K.
7. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty i oświadczenia są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

**IV. Dokumenty dołączone do oferty:**

1. dyplom potwierdzający posiadanie tytułu zawodowego lekarza,
2. aktualne prawo wykonywania zawodu lekarza na terenie Rzeczypospolitej Polskiej,
3. dyplom potwierdzający posiadanie tytułu lekarza specjalisty w dziedzinie neonatologii,
4. opis przebiegu pracy zawodowej z liczbą lat pracy w zawodzie lekarza, w tym doświadczenie w opiece nad noworodkiem (stosownie do danego zakresu określonego w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert),
5. aktualne orzeczenie lekarskie potwierdzające brak przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu,
6. kserokopia aktualnej polisy OC, obejmująca sumy gwarancyjne określone przepisami rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. Nr 2019, poz. 866),
7. aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej (CEIDG), potwierdzający wpis do ewidencji działalności gospodarczej,
8. aktualny wydruk potwierdzający wpis do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego,
9. informacja z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art.207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r. poz. 172 oraz z 2022 r. poz. 2600), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego;
10. w przypadku osoby posiadającej obywatelstwo innego państwa niż Rzeczpospolita Polska, lub osoby, która w okresie ostatnich 20 lat zamieszkiwała w innym państwie lub państwach niż Rzeczpospolita Polska i państwa obywatelstwa – oświadczenie wg wzoru stanowiącego **Załącznik 3** do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert nr K1/2024/DZP/K – o posiadanym obywatelstwie /zamieszkiwaniu w innym, niż RP państwie na potrzeby wykonania obowiązków określonych przepisami ustawy o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz. U. 2023 poz. 1304 ze zm.), a ponadto informacji z rejestru karnego państwa obywatelstwa / informacji z rejestrów karnych tych państw uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi, a jeżeli prawo tego państwa nie przewiduje wydawania takiej informacji, przedłożenie informacji z rejestru karnego tego państwa, lub w przypadku, gdy prawo państwa/państw nie przewiduje sporządzenia informacji z rejestru karnego uzyskiwanej do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi, lub w tym państwie nie prowadzi się rejestru karnego – oświadczenie dotyczące rejestru karnego na potrzeby wykonania obowiązków określonych przepisami ustawy o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich wg wzoru stanowiącego **Załącznik 4** do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert nr K1/2024/DZP/K.
11. dodatkowe dokumenty potwierdzające posiadanie innych kwalifikacji i umiejętności w zakresie przedmiotu niniejszego konkursu
12. Oświadczenie o niepodleganiu wykluczeniu na podstawie przepisów sankcyjnych stanowiącego **Załącznik 5** do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert nr K1/2024/DZP/K.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

miejscowość i data podpis i pieczątka Oferenta