



**WARSZAWSKI
SZPITAL
POŁUDNIOWY**

NIP: 525-24-91-419



podmiot leczniczy
miasta stołecznego
Warszawy

REGON: 14268955

Załącznik nr 2 do Szczególnych warunków konkursu Ofert

Dane Udzielającego Zamówienia:

Warszawski Szpital Południowy sp. z o.o.

Adres: 02-781 Warszawa, ul. rtm. Witolda Pileckiego 99

REGON: 1426268955 NIP: 525-24-91-419

KRS 0000368174

Kapitał zakładowy 25.070.000,00 zł

Adres internetowy: www.szpitalpoludniowy.pl

e-mail: kadry@szpitalpoludniowy.pl

FORMULARZ OFERTOWY

I. Dane Przyjmującego Zamówienie

Nazwa Oferenta:

Adres zameldowania/siedziba firmy

.....

Adres e-mail

Nr tel.

PESEL

NIP (jeśli dotyczy)

REGON (jeśli dotyczy)

OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1. zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz ogłoszeniem o przedmiotach konkursów ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych”, oraz projektem umowy oraz OWU i nie zgłasza zastrzeżeń;
2. oświadcza, że nie posiada umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia;
3. oświadcza, że nie toczy się i nie toczyło się przeciwko niemu postępowanie przed Okręgowym Sądem Lekarskim zakończone ukaraniem.

1. Oferuje następujące warunki cenowe brutto:



Warszawski Szpital Południowy spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
ul. rtm. Witolda Pileckiego 99, 02-781 Warszawa
tel. 22 166 90 30 fax 22 166 90 30
NIP 5252491419 REGON 142628955 KRS 0000368174

Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
ING Bank Śląski 82 1050 1025 1000 0090 3041 5567
Wysokość kapitału zakładowego i wpłaconego 25.070 000,00 zł



Zakres 1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarskich w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.

SOR Lekarz	Stawka za godzinę - kontrakt
Lekarz specjalista	
Lekarz Specjalista w zakresie medycyny ratunkowej	
Lekarz bez specjalizacji, z pisemnie potwierdzonym ukończeniem szkolenia specjalizacyjnego, bez dyplomu specjalisty, uprawniony do przystąpienia do egzaminu specjalistycznego	
Lekarz bez specjalizacji	

Szacunkowa deklarowana miesięczna liczba godzin:

Samodzielne udzielanie świadczeń w SOR wg kategorii medycznej pacjenta	
Kategoria III	
Kategoria IV	
Kategoria V	
Kategoria VI	

Udzielanie świadczeń w SOR wraz z asystą lekarza specjalisty w dziedzinie chirurgii ogólnej lub chirurgii urazowo - ortopedycznej wg kategorii medycznej pacjenta		
Stawki lekarza SOR		Stawki lekarza asystującego
Kategoria IV		
Kategoria V		
Kategoria VI		





Zakres 2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarskich w zakresie wykonywania zadań zastępcy kierownika Oddziału Ginekologii i Położnictwa.

Kwota miesięczna za pełnienie funkcji Kierownika Oddziału - zł

Zakres 3. Udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarskich Nocna Pomoc Lekarska:

NPL LEKARZ	KONTRAKT			ZLECENIE		
	Stawka Godzina	Stawka Wyjazd	Stawka Konsultacja pacjenta pod eskortą Policji	Stawka Godzina	Stawka Wyjazd	Stawka Konsultacja pacjenta pod eskortą Policji

Szacunkowa deklarowana miesięczna liczba godzin:

Zakres 4. Udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarskich w Oddziale Chorób Wewnętrznych i Geriatrii:

1) Stawka godzinowa:

od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00 – 16:00	
Od poniedziałku do piątku w godzinach 16:00 – 8:00 oraz w niedziele, święta i dni wolne	

Szacunkowa deklarowana miesięczna liczba godzin:

Zakres 5. Udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarskich w zakresie konsultacji urologicznych dla pacjentów Warszawskiego Szpitala Południowego sp. z o.o.

Stawka za godzinę brutto - kontrakt	
-------------------------------------	--

Szacunkowa deklarowana miesięczna liczba godzin:

Zakres 6. Udzielanie świadczeń zdrowotnych pielęgniarskich:

Komórka Szpitala SOR	Cena godzina	
	kontrakt -	zlecenie -
Oddział Chorób Wewnętrznych i Geriatrii	kontrakt -	zlecenie -
PRACOWNIA ENDOSKOPII	kontrakt -	zlecenie -
POZ	kontrakt -	zlecenie -
PRZYCHODNIA PRZYSZPITALNA Warszawa ul. Pileckiego 99 oraz ul. Solec 99	kontrakt -	zlecenie -



Szacunkowa deklarowana miesięczna liczba godzin:

Długoterminowa Opieka Lekarska	wizyta kontrakt -	wizyta zlecenie -
---------------------------------------	--------------------------	--------------------------

Szacunkowa deklarowana miesięczna liczba godzin:

NPL PIEŁĘGNIARKA	Stawka godzina	Stawka wyjazd

Szacunkowa deklarowana miesięczna liczba godzin:

Oddział PIEŁĘGNIARKI	kontrakt		Zlecenie	
	Stawka 1-108 godzin	Stawka powyżej 108 godzin	Stawka 1-108 godzin	Stawka powyżej 108 godzin
CBO				
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii				
Oddział Neonatologii				
Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej				
Oddział Chirurgii Ogólnej Proktologicznej -Gabinet zabiegowy				
Ambulatoryjny Zakład Diagnostyki Obrazowej				

PIEŁĘGNIARKA ODDZIAŁ Szacunkowa deklarowana miesięczna liczba godzin:

CBO	
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	
Oddział Neonatologii	
Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	
Oddział Chirurgii Ogólnej Proktologicznej -Gabinet zabiegowy	
Ambulatoryjny Zakład Diagnostyki Obrazowej	
Oddział Chorób Wewnętrznych i Geriatrii	
SOR	

4. OŚWIADCZENIE OFERENTA :



1) Informacja o uprawnieniach do pobierania:

1. Emerytury: tak ☐ nie ☐ Renty: tak ☐ nie ☐

2. Czy jest orzeczonego stopień niepełnosprawności: tak ☐ nie ☐

3. Jeśli tak, zobowiązuję się złożyć posiadane orzeczenie do Działu Kadr Płac i Szkoleń:

- a) mam orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności ☐
- b) mam orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności ☐
- c) mam orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności ☐

2) Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia:.....

3) Obecnie pracuję na podstawie umowy o pracę: tak ☐ nie ☐

4) Obecnie pracuję na podstawie umowy zlecenia: tak ☐ nie ☐

5) Oświadczam, że moje miesięczne wynagrodzenie od którego odprowadzane są składki na ubezpieczenia społeczne ze stosunku pracy/umowy cywilnoprawnej w innym zakładzie pracy niż Warszawski Szpital Południowy sp. z o.o., w okresie trwania umowy cywilnoprawnej w Warszawskim Szpitalu Południowym sp. z o.o. nie jest niższe od kwoty minimalnego wynagrodzenia określonego przez ustawę z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę: **NIE** ☐ **TAK** ☐

6) Jestem objęta/y u obecnego pracodawcy ubezpieczeniem społecznym: tak ☐ nie ☐

7) Przebywam u obecnego pracodawcy na urlopie bezpłatnym/wychowawczym:

tak ☐ nie ☐

8) **Jestem studentem do 26-go roku życia:** NIE ☐ TAK ☐ i zobowiązuję się przedkładać zaświadczenie z uczelni wyższej o potwierdzeniu posiadania statusu studenta, wraz z rachunkiem do umowy cywilnoprawnej po zakończonym miesiącu kalendarzowym.

9) Oświadczam, że udzielane świadczenia wchodzi w zakres prowadzonej przeze mnie pozarolniczej działalności gospodarczej: tak ☐ nie ☐

10) Opłacam z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej składki ZUS: tak ☐ nie ☐

11) Pozostaję w rejestrze bezrobotnych prowadzonym przez Powiatowy Urząd Pracy:
tak ☐ nie ☐

12) Adres zamieszkania:

1) kod pocztowy:miejscowość:

2) gmina:.....ulica:.....

3) nr domu:.....nr lokalu:..... telefon:.....

13) Adres do korespondencji:.....

14) Praca jest wykonywana w siedzibie Warszawskiego Szpitala Południowego sp. z o.o.:

tak ☐ nie ☐





6. Administrator zamierza przekazywać dane osobowe do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej w związku z publikacją wizerunku na portalu społecznościowym Facebook, Instagram, TikTok, LinkedIn.
7. Administrator będzie przekazywał dane osobowe innym podmiotom, tylko na podstawie przepisów prawa, a także na podstawie zawartych umów powierzenia przetwarzania danych osobowych m.in. do: dostawców usług informatycznych, w szczególności CloudiMed, Soneta Sp. z o.o., Dejw, Synacor. Dane mogą być również przekazywane do portali społecznościowych Facebook, Instagram, TikTok, LinkedIn, które są odrębnymi administratorami danych osobowych.
8. Posiada Pani/Pan prawo do:
- a) żądania dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania;
 - b) wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych;
 - c) cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
 - d) wniesienia skargi na działania Administratora do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
9. Podanie danych osobowych jest konieczne do zawarcia umowy. Zgoda na utrwalanie i publikację wizerunku oraz publikację danych osobowych jest dobrowolna.
10. Administrator nie przewiduje zautomatyzowanego podejmowania decyzji.

Ja, potwierdzam zapoznanie się z obowiązkiem informacyjnym dotyczącym przetwarzania moich danych osobowych:

☐ wyrażam zgodę na utrwalenie i publikację mojego wizerunku oraz imienia i nazwiska na stronach internetowych i w mediach społecznościowych Administratora, a w szczególności Facebook, Instagram, TikTok, LinkedIn w celach promocyjnych, marketingowych, informacyjnych.

Warszawa,

.....
(data i podpis osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)

Warszawski Szpital Południowy sp. z o.o.

ANNA ŁUKASIK
Prezes Zarządu

Warszawski Szpital Południowy sp. z o.o.

dr n. med. AGATA KŁOSZ-RYNKUN
Członek Zarządu

