



**Samodzielny Zespół Publicznych
Zakładów Lecznictwa Otwartego
Warszawa-Ochota**



**podmiot leczniczy
miasta stołecznego
Warszawy**

Warszawa, dnia 24.04.2025 r.

Informacja w zakresie
przewidywanego okresu obowiązywania umowy:

Spr nr ZP-2512-120-MDM/2024

Przedmiotem konkursu ofert są świadczenia zdrowotne obejmujące zadania w zakresie:

lekarza specjalisty w dziedzinie psychiatrii.

SZPZLO Warszawa-Ochota jako Udzielający zamówienia, uprzejmie informuje, że przewidywany okres obowiązywania umowy: **wynosi 24 miesiące.**

W załączeniu zmodyfikowany formularz ofertowy.

p.o. Zastępcy Dyrektora
ds. Organizacji Świadczeń Zdrowotnych
SZPZLO WARSZAWA - OCHOTA
Beczko
Dorota Beczko

FORMULARZ OFERTOWY:
Spr. nr ZP-2512-120-MDM/2024

1. Dane przyjmującego zamówienie:

A. Podmiot leczniczy*

Nazwa i siedziba podmiotu leczniczego

Nr wpisu do rejestru

nr KRS.....

Pełnomocnik

kontakt

B. Praktyka zawodowa*

Imię i nazwisko

telefon.....

e-mail

adres:.....

PESEL

NIP

REGON.....

Nr wpisu do ewidencji działalności gospodarczej

Nr prawa wykonywania zawodu

Specjalizacja (nazwa, stopień i data
uzyskania).....

2. Zakres świadczeń:

Zgłaszam ofertę na realizację świadczeń zdrowotnych:

Pakiet I: w zakresie lekarza specjalisty w dziedzinie **psychiatrii** SZPZLO Warszawa-Ochota..... **zł. brutto / za godzinę udzielania świadczeń**

Oferuję dyspozycyjność do realizacji świadczeń zdrowotnych w następujące dni:

poniedziałek w godz.;

wtorek w godz.;

środa w godz.;

czwartek w godz.;

piątek w godz.....;

3. Termin świadczenia usług:

Oferuję zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne:

od dnia podpisania umowy w okresie 24 miesięcy.

4. Oświadczenia:

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami postępowania w sprawie zawierania umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych i nie wnoszę zastrzeżeń.

.....
miejsowość i data

.....
podpis przyjmującego zamówienie

Oświadczam, że zapoznałem się z poniższymi informacjami:

- 1) administratorem moich danych osobowych jest Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa – Ochota (dalej jako SZPZLO) z siedzibą w Warszawie 02 – 353, przy ul. Szczęśliwickiej 36, adres e-mail: sekretariat@szpzlo-ochota.pl,
- 2) kontakt z inspektorem ochrony danych SZPZLO jest możliwy pod adresem:
 - SZPZLO Warszawa – Ochota, ul. Szczęśliwicka 36, 02 – 353 Warszawa,
 - e-mail: iod@szpzlo-ochota.pl,
- 3) dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej jako „RODO”), tj. przepisów ustawy o działalności leczniczej i ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ponadto, w przypadku Oferenta, z którym zostanie zawarta umowa, podstawę przetwarzania danych stanowi art. 6 ust. 1 lit. b RODO, ponieważ przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zawartej umowy,
- 4) odbiorcami danych będą inne podmioty, które złożyły ofertę w ramach niniejszego konkursu oraz podmioty świadczące SZPZLO usługi w zakresie IT,
- 5) dane osobowe będą przetwarzane przez 4 lata, a w przypadku zawarcia umowy przez czas jej trwania, a także przez okres przedawnienia roszczeń z niej wynikających,
- 6) osobie, której dane dotyczą przysługuje:
 - prawo dostępu do danych osobowych jej dotyczących,
 - prawo do sprostowania danych osobowych,
 - prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
- 7) mam prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych,
- 8) podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz konieczne do udziału w postępowaniu konkursowym.

.....
podpis przyjmującego zamówienie

ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY*:

- 1) oświadczenie, że oferent zapoznał się i nie zgłasza zastrzeżeń do „Szczegółowych warunków postępowania w sprawie zawierania umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych”;
- 2) potwierdzenie aktualnego wpisu w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, (jeżeli dotyczy);
- 3) dokument określający status prawny podmiotu założycielskiego (w przypadku, gdy Przyjmującym zamówienie jest podmiot leczniczy będący przedsiębiorcą) (jeżeli dotyczy);
- 4) umowę lub pisemne zobowiązanie się Przyjmującego zamówienie do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną w wyniku realizacji umowy o udzielanie zamówienia (art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej. Dotyczy to również odpowiedzialności cywilnej z tytułu przeniesienia chorób zakaźnych, w tym zarażenia wirusem HIV. Kopię polisy na warunkach określonych w zobowiązaniu oferent przedkłada najpóźniej w przeddzień rozpoczęcia realizacji świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot umowy;
- 5) dyplom lub świadectwo ukończenia odpowiedniej uczelni lub szkoły;
- 6) prawo wykonywania zawodu;
- 7) dokumenty potwierdzające zdobyte kwalifikacje zgodnie Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20

lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, ze zmianami;

- 8) orzeczenie lekarskie dopuszczające do pracy lub pisemne zobowiązanie się Przyjmującego zamówienie, że przedłoży stosowne zaświadczenie najpóźniej w przeddzień rozpoczęcia realizacji świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot umowy;
- 9) dokumenty potwierdzające zdobyte kwalifikacje zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, ze zmianami,
- 10) 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. 1939), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego,
- 11) potwierdzenie uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie psychiatrii lub potwierdzenie realizacji szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie psychiatrii.

* *niepotrzebne skreślić*