

Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
01-211 Warszawa ul. Kasprzaka 17

Warszawa, dnia 22 marca 2019 roku

## **OGŁOSZENIE O ZAMÓWIENIU**

na:

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie  
Opieki pielęgniarstwa w Ośrodku diagnostyki i terapii  
wewnątrznaczyniowej w Szpitalu Wolskim w podziale na zadania**

**NUMER SPRAWY  
EP/16/2019**

Postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego prowadzone jest w oparciu o art. 138 o ustawy z dnia 29 stycznia 2004 Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1986)

**ZATWIERDZIŁ:**

Taida Muchla – Jastrzębska  
Z-ca Dyrektora ds. Organizacyjno –  
Eksploatacyjnych

Materiały przygotowane przez Komisję Przetargową  
powołaną Zarządzeniem nr 73/2019 Dyrektora Szpitala  
z dnia 21 marca 2019 roku.

## 1. ZAMAWIAJĄCY

Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej,  
01 – 211 Warszawa ul. Kasprzaka 17  
tel. nr 22/38 94 859, fax nr 22/632-38-93  
e – mail: zamowieniapubliczne@wolski.med.pl  
Adres internetowy: www.wolski.med.pl

## 2. TRYB UDZIELANIA ZAMÓWIENIA

- 2.1. Niniejsze postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego prowadzone jest w oparciu o art. 138 o ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (t. j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1986), z zastosowaniem przepisów dla zamówień na usługi społeczne o wartości poniżej 750 000 euro – zwanej dalej „ustawą PZP” lub "ustawą".
- 2.2. Miejsce publikacji ogłoszenia o przetargu:
  - strona BIP Zamawiającego
  - tablica ogłoszeń w siedzibie Zamawiającego.

## 3. OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

- 3.1. Przedmiotem zamówienia jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki pielęgniarskiej w podziale na zadania przez osoby fizyczne z wyłączeniem podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o których mowa w art. 26 ustawy o działalności leczniczej.
- 3.2. Zamawiający dopuszcza składanie ofert częściowych na poszczególne zadania:
  - Zadanie nr 1** – Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki pielęgniarskiej w Ośrodku diagnostyki i terapii wewnętrzzaczyniowej w wymiarze do 115 godzin miesięcznie – 1 pielęgniarz/pielęgniarka
  - Zadanie nr 2** – Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki pielęgniarskiej w Ośrodku diagnostyki i terapii wewnętrzzaczyniowej w wymiarze do 115 godzin miesięcznie – 1 pielęgniarz/pielęgniarka
- 3.3. KOD CPV: **85.14.12.00 – 1** – Usługi świadczone przez pielęgniarki.
- 3.4. Wykonawca udzielający świadczeń zdrowotnych musi posiadać własne umundurowanie i własne obuwie.
- 3.5. Wykonawca udzielający świadczeń powinien posiadać umiejętności pracy w zespole, cechować się zaangażowaniem w pracę oraz posiadać znajomość pracy na komputerze w podstawowych systemach.

**UWAGA !!! Oferta złożona przez podmiot, o którym mowa w art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. z 2015 r. poz. 618) zostanie odrzucona.**

## 4. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA

- 4.1. Wymagany termin realizacji zamówienia: **od dnia udzielenia zamówienia do 31 sierpnia 2019 r.**
- 4.2. Miejsce realizacji zamówienia: Szpital Wolski w Warszawie ul. Kasprzaka 17.

## 5. INFORMACJA O PODWYKONAWCACH

- 5.1. Zamawiający nie dopuszcza wykonania zamówienia z udziałem podwykonawców. Wykonawca będzie zobowiązany do osobistego świadczenia usługi.

## 6. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU I PODSTAWY WYKLUCZENIA

- 6.1. W postępowaniu mogą wziąć udział Wykonawcy, którzy nie podlegają wykluczeniu na podstawie art. 24 ust. 1 pkt 12, 13, 15-20 ustawy Pzp (przesłanki obligatoryjne).
- 6.2. W postępowaniu mogą wziąć udział Wykonawcy, którzy spełniają warunki udziału w postępowaniu, dotyczące:
- 1) kompetencji lub uprawnień do prowadzenia określonej działalności zawodowej, o ile wynika to z odrębnych przepisów w tym w szczególności: **prawo wykonywania zawodu pielęgniarki,**
  - 2) zdolności technicznej lub zawodowej:
    - a) ukończenie szkoły pielęgniarskiej – **dla wszystkich zadań**
    - b) dopuszczenie lekarza medycyny pracy do wykonywania pracy - **dla wszystkich zadań**
    - c) staż pacy w zawodzie w Oddziale szpitalnym min. 2 lata **dla wszystkich zadań**
    - d) ukończony kurs resuscytacji krążeniowo oddechowej,
    - e) ukończony kurs kwalifikacyjny z pielęgniarstwa operacyjnego lub doświadczenie w pracy w oddziale zabiegowym

## 7. WYKAZ OŚWIADCZEŃ LUB DOKUMENTÓW, POTWIERDZAJĄCYCH SPEŁNIANIE WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU ORAZ BRAK PODSTAW WYKLUCZENIA

- 7.1. W celu wykazania braku podstaw do wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia oraz spełniania warunków udziału w postępowaniu określonych przez Zamawiającego w pkt. 6.1. oraz 6.2 **do oferty należy dołączyć** aktualne na dzień składania ofert następujące oświadczenia w postaci:

| Lp. | Wymagany dokument  |
|-----|--|
| 1   | <b>Oświadczenie Wykonawcy, że nie podlega wykluczeniu według załącznika nr 2 do ogłoszenia.</b><br>W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, każdy z Wykonawców zobowiązany jest złożyć w/w/ oświadczenia – <b>dotyczy wszystkich zadań</b>  |
| 2   | <b>Aktualne zaświadczenie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza</b><br>Jeżeli wykonawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, składa dokument lub dokumenty wystawione w kraju, w którym ma miejsce zamieszkania lub siedzibę, potwierdzające odpowiednio, że posiada uprawnienia do wykonywania działalności związanej z przedmiotem Zamówienia – <b>dotyczy wszystkich zadań</b> |
| 3   | <b>Dyplom ukończenia szkoły pielęgniarskiej – dotyczy wszystkich zadań</b>   |
| 4   | <b>Aktualne orzeczenie lekarza medycyny pracy – dotyczy wszystkich zadań</b>   |
| 5   | <b>Dokument potwierdzający ukończenie kursu z resuscytacji krążeniowo – oddechowej</b>   |
| 6   | <b>Dokument potwierdzający ukończenie kursu z pielęgniarstwa operacyjnego lub dokument potwierdzający doświadczenie w pracy w oddziale zabiegowym</b>  |

- 7.2. Zamawiający dokona oceny spełniania każdego z warunków na podstawie załączonych do oferty wymaganych oświadczeń. Brak któregokolwiek z oświadczeń zostanie uznane przez Zamawiającego jako niespełnienie warunku, co będzie skutkowało wykluczeniem Wykonawcy z postępowania, z zastrzeżeniem art. 26 ust. 3 ustawy.
- 7.3. Zamawiający zgodnie z art. 92 ust. 1 ustawy zawiadomi Wykonawców o wykluczeniu z postępowania, podając uzasadnienie faktyczne i prawne.
- 7.4. Ofertę Wykonawcy wykluczonego uznaje się za odrzuconą.

## 8. WYMAGANIA DOTYCZĄCE WADIUM

8.1. Zamawiający nie wymaga wniesienia wadium.

## 9. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ

9.1. Wykonawca składając ofertę pozostaje nią związany przez okres 30 dni licząc od dnia upływu terminu składania ofert.

## 10. INFORMACJE O SPOSOBIE POROZUMIEWANIA SIĘ ZAMAWIAJĄCEGO Z WYKONAWCAMI ORAZ PRZEKAZYWANIA OŚWIADCZEŃ I DOKUMENTÓW, A TAKŻE WSKAZANIE OSÓB UPRAWNIONYCH DO POROZUMIEWANIA SIĘ Z WYKONAWCAMI

- 10.1. W niniejszym postępowaniu wszelkie pisma związane z postępowaniem, w tym ewentualne zapytania oraz informacje o wniesieniu odwołania muszą być kierowane wyłącznie na adres: Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, 01- 211 Warszawa, ul. Kasprzaka 17, tel. 22 38-94-859, fax. 22 38-94-922, adres email: [zamowieniapubliczne@wolski.med.pl](mailto:zamowieniapubliczne@wolski.med.pl).
- 10.2. Zamawiający przesyła Wykonawcy pisma, informacje, wezwania na adres e-mail podany w ofercie.
- 10.3. Wykonawca może zwrócić się do Zamawiającego o wyjaśnienie treści ogłoszenia o zamówieniu. Zamawiający jest obowiązany udzielić wyjaśnień niezwłocznie, jednak nie później niż na 2 dni przed upływem terminu składania ofert – pod warunkiem, że wniosek o wyjaśnienie wpłynął do zamawiającego nie później niż do końca dnia, w którym upływa połowa wyznaczonego terminu składania ofert.
- 10.4. Zamawiający może dokonać zmian w ogłoszeniu, zamieszczając informację o zmianie w miejscach publikacji ogłoszenia.
- 10.5. Treść zapytań wraz z wyjaśnieniami zostanie zamieszczona na stronie BIP Zamawiającego.
- 10.6. Do kontaktowania się z Wykonawcami Zamawiający upoważnia: Eliza Gajowczyk, Marta Leoniak – e-mail: [zamowieniapubliczne@wolski.med.pl](mailto:zamowieniapubliczne@wolski.med.pl), fax: 22 632-38-93

## 11. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERT

11.1. Ofertę wraz z wymaganymi dokumentami i załącznikami na ponumerowanych stronach należy umieścić w zapieczętowanej kopercie opatrzonej danymi Wykonawcy wraz z kontaktowym numerem telefonu oraz napisem:

**Oferta na:**

**„Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki pielęgniarstwa w Ośrodku diagnostyki i terapii wewnątrzniczyniowej w Szpitalu Wolskim w podziale na zadania”  
Sprawa nr EP/16/2019**

**Nie otwierać do dnia 28 marca 2019 roku do godz. 10:30**

**Uwaga:**

Zamawiający nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia wynikające z nieprawidłowego oznakowania opakowania lub braku którejkolwiek informacji podanych w niniejszym punkcie.

11.2. Podpisy:

Oferta i oświadczenia muszą być podpisane przez:

1) Wykonawcę lub osobę/osoby posiadające Pełnomocnictwo do reprezentowania Wykonawcy.

11.3. Forma dokumentów i oświadczeń:

- 1) dokumenty i oświadczenia dołączone do oferty składa się w formie oryginałów lub kserokopii poświadczonych za zgodność z oryginałem przez Wykonawcę lub pełnomocnika,
- 2) w przypadku dokumentów lub oświadczeń sporządzonych w językach obcych należy dołączyć tłumaczenie na język polski.

#### 11.4. Tajemnica przedsiębiorstwa:

- 1) jeżeli według Wykonawcy oferta będzie zawierała informacje objęte tajemnicą jego przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy z 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. z 2015 r. poz. 184 z późn. zm.), zgodnie z art. 8 ust. 3 ustawy Prawo zamówień publicznych informacje takie muszą, na dzień składania ofert, być oznaczone klauzulą NIE UDOSTĘPNIAC – TAJEMNICA PRZEDSIĘBIORSTWA oraz, na dzień składania ofert, Wykonawca musi wykazać, iż stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa.  
W innym przypadku wszystkie informacje zawarte w ofercie będą uważane za ogólnie dostępne i mogą być udostępnione pozostałym Wykonawcom razem z protokołem postępowania,
- 2) zastrzeżenie informacji, danych, dokumentów lub oświadczeń niestanowiących tajemnicy przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o nieuczciwej konkurencji spowoduje ich odtajnienie.

#### 11.5. Informacje pozostałe:

- 1) Wykonawca ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
- 2) Wykonawca może złożyć tylko jedną ofertę przygotowaną według wymagań określonych w niniejszym **ogłoszeniu**.
- 3) Oferta musi być sporządzona:
  - a) w języku polskim,
  - b) w formie pisemnej.

#### 11.6. Zmiana / wycofanie oferty:

- 1) zgodnie z art. 84 ustawy Wykonawca może przed upływem terminu składania ofert zmienić lub wycofać ofertę,
- 2) o wprowadzeniu zmian lub zamiarze wycofania oferty należy pisemnie powiadomić Zamawiającego, przed upływem terminu,
- 3) pismo należy złożyć zgodnie z opisem podanym w rozdziale 11 pkt. 1 ogłoszenia oznaczając odpowiednio „ZMIANA OFERTY”/„WYCOFANIE OFERTY”.

#### 11.7. Zamawiający niezwłocznie zwróci ofertę, która została złożona po terminie.

#### 11.8. Złożona oferta powinna zawierać:

- 1) wypełniony i podpisany przez osobę upoważnioną do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy formularz ofertowy na **załączniku nr 1 do ogłoszenia**,
- 2) Oświadczenie Wykonawcy, że nie podlega wykluczeniu według **załącznika nr 2 do ogłoszenia**,
- 3) Oświadczenie Zleceniobiorcy – **Kwestionariusz osobowy - Załącznik nr 4 do ogłoszenia**,
- 4) Oświadczenie o nieprzekraczaniu liczby godzin – zgodne z **załącznikiem nr 6 do ogłoszenia**,
- 5) **Aktualne zaświadczenie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarskiego,**
- 6) **Dyplom ukończenia szkoły pielęgniarstwa**
- 7) **Zaświadczenia o ukończonych kursach, specjalizacji**
- 8) **Aktualne orzeczenie lekarza medycyny pracy,**
- 9) **Dokument potwierdzający ukończenie kursu z resuscytacji krążeniowo – oddechowej,**
- 10) **Dokument potwierdzający ukończenie kursu z pielęgniarstwa operacyjnego lub dokument potwierdzający doświadczenie w pracy w oddziale zabiegowym.**
- 10) **pełnomocnictwo** – w przypadku, gdy ofertę podpisuje osoba posiadająca pełnomocnictwo musi ono zawierać zakres upoważnienia.

11.9 Jeżeli Wykonawca nie załączy do oferty **Zaświadczenia - załącznika nr 5** do ogłoszenia, zobowiązany jest go dostarczyć Zamawiającemu najpóźniej w dniu podpisania umowy.

## 12. MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA I OTWARCIA OFERT

- 12.1. Ofertę należy złożyć w siedzibie Szpitala Wolskiego w Kancelarii Głównej – pawilon nr 2, w terminie do dnia **28 marca 2019 roku** do godz. **10:00**.
- 12.2. Złożona oferta zostanie zarejestrowana (dzień, godzina) oraz otrzyma kolejny numer.

- 12.3. Otwarcie ofert nastąpi w pawilonie numer 6 Szpitala Wolskiego, wejście K, parter w dniu **28 marca 2019 roku** o godz. **10:30**.
- 12.4. Bezpośrednio przed otwarciem ofert Zamawiający poda kwotę, jaką zamierza przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia.
- 12.5. Otwierając oferty Zamawiający poda nazwy oraz adresy Wykonawców, a także informacje dotyczące ceny.
- 12.6. Zamawiający, zgodnie z art. 86 ust. 1 ustawy Pzp, niezwłocznie po otwarciu ofert zamieszcza na stronie internetowej BIP Zamawiającego informacje z otwarcia ofert.

### **13. OPIS SPOSOBU OBLICZANIA CENY**

- 13.1. Całkowita cena oferty stanowi iloczyn ceny miesięcznej przez maksymalną ilość cykli w okresie trwania umowy.
- 13.2. Cena ofertowa jest ceną brutto i powinna obejmować wynagrodzenie za wszystkie obowiązki przyszłego wykonawcy, o których mowa w pkt 3.1 oraz w projekcie umowy, niezbędne do zrealizowania przedmiotu zamówienia.
- 13.3. Wykonawca będący osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej, w cenie oferty musi uwzględnić koszt ubezpieczenia ZUS i podatku dochodowego.
- 13.4. Całkowita cena realizacji zamówienia powinna być wyrażona cyfrowo oraz podana w złotych polskich, z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku.
- 13.5. **W przypadku złożenia oferty przez Wykonawcę wobec którego na Zamawiającym, zgodnie z ustawą z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2009 r., Nr 205 poz. 1585 z późn. zm.) będzie spoczywał obowiązek odprowadzenia składek na ubezpieczenie społeczne, Zamawiający do porównań przyjmie wartość oferty powiększoną o obowiązkowe składki na ubezpieczenia społeczne odprowadzane przez Zamawiającego.**

### **14. OPIS KRYTERIÓW, KTÓRYMI ZAMAWIAJĄCY BĘDZIE SIĘ KIEROWAŁ PRZY WYBORZE OFERTY WRAZ Z PODANIEM ZNACZENIA TYCH KRYTERIÓW ORAZ SPOSOBU OCENY OFERT**

#### **Zadanie nr 1, 2**

##### **Kryterium nr 1 – Cena – 100 pkt**

Oferta otrzyma zaokrągloną do dwóch miejsc po przecinku ilość punktów wynikającą z działania:

$$P(C_i) = (C_{\min} / C_i) \times 100 \text{ pkt}$$

Gdzie :

$P(C_i)$  – ilość punktów jakie otrzyma oferta „i” za kryterium „cena”,

$C_{\min}$  – najniższa cena brutto spośród wszystkich badanych ofert,

$C_i$  – cena brutto oferty badanej.

- 1) Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta z największą liczbą punktów.
- 2) Informacja o wyborze najkorzystniejszej oferty zostanie zamieszczona na stronie BIP-u Zamawiającego.

### **15. ISTOTNE DLA STRON POSTANOWIENIA, KTÓRE BĘDĄ WPROWADZONE DO TREŚCI UMOWY**

- 15.1. Istotne dla stron postanowienia, które zostaną wprowadzone do treści umowy wraz z przewidywanymi zmianami umowy, określa **Załącznik Nr 3 do ogłoszenia**.
- 15.2. Wykonawca, którego oferta zostanie wybrana, zobowiązany jest do stawienia się w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego w celu podpisania umowy oraz dostarczenia **Zaświadczenia – załącznika nr 5 do ogłoszenia**.

## **16. ZAŁĄCZNIKI DO OGŁOSZENIA**

**Załącznik nr 1** – formularz oferty

**Załącznik nr 2** – oświadczenie o niepodleganiu wykluczenia

**Załącznik nr 3** – projekt umowy

**Załącznik nr 4** – oświadczenie Zleceniobiorcy – kwestionariusz osobowy

**Załącznik nr 5** – zaświadczenie **do celów ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego**

**Załącznik nr 6** – oświadczenie o nieprzekraczaniu ilości godzin

**Załącznik nr 1 do ogłoszenia – formularz oferty\***

**DANE WYKONAWCY:**

Imię i nazwisko: .....  
Adres: ulica .....  
kod ..... miejscowość .....  
tel.: ..... fax: (jeżeli posiada): .....  
e-mail: ..... (wymagany)  
NIP: .....

**OFERTA**

1. Niniejszym w imieniu wymienionego powyżej Wykonawcy oferuję realizację na rzecz Zamawiającego zamówienia publicznego na:

**„udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki pielęgniarskiej w Ośrodku diagnostyki i terapii wewnątrznaczyniowej w Szpitalu Wolskim w podziale na zadania” – sprawa nr EP/16/2019**

za następującą cenę ofertową obliczoną zgodnie z wymogami ogłoszenia:

| Nr zadania       | Wartość oferty  |
|------------------|---|
| <b>Zadanie 1</b> | Cena <b>1 godziny</b> w okresie od kwietnia 2019 do sierpień 2019 roku wynosi brutto: ..... zł.<br><br>Maksymalna ilość godzin w okresie obowiązywania umowy wynosi <b>575</b> cykli.<br><br>Wartość oferty brutto: ..... zł<br><i>(należy wpisać iloczyn ceny jednej godziny przez maksymalną ilość cykli w okresie trwania umowy tj. 575)</i> |
| <b>Zadanie 2</b> | Cena <b>1 godziny</b> w okresie od kwietnia 2019 do sierpień 2019 roku wynosi brutto: ..... zł.<br><br>Maksymalna ilość cykli w okresie obowiązywania umowy wynosi <b>575</b> cykli.<br><br>Wartość oferty brutto: ..... zł<br><i>(należy wpisać iloczyn ceny jednej godziny przez maksymalną ilość cykli w okresie trwania umowy tj. 575)</i>  |

2. **Dodatkowe kwalifikacje zawodowe** (wymienić ukończone kursy, o których mowa w rozdziale 14 ogłoszenia)

.....  
.....  
.....

Na potwierdzenie posiadanych kwalifikacji do oferty należy załączyć stosowne certyfikaty o ukończonych kursach, na podstawie których Zamawiający przyzna punkty w kryterium „Kwalifikacje zawodowe”.

Ponadto:

- 1) Oświadczam, że posiadam dyplom pielęgniarski oraz prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarza nr ....., wydane przez



- .....  
.....
- 2) Oświadczam, że zapoznałam/em się z ogłoszeniem o zamówieniu i uznaję się związaną/ny określonymi w nim zasadami postępowania.
  - 3) Oświadczam, że posiadam aktualne badania okresowe.
  - 4) Oświadczam, że uważam się związaną/ny niniejszą ofertą na czas wskazany w ogłoszeniu o zamówieniu.
  - 5) Oświadczam, że zapoznałam/em się z istotnymi postanowieniami umowy, które zostały zawarte w ogłoszeniu i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na warunkach tam zawartych w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
  - 6) Wynagrodzenie należy przekazywać na wskazane poniżej konto bankowe:  
Nr .....  
w terminie 30 dni od daty złożenia rachunku.
  - 7) Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:
    - a) administratorem danych osobowych **Wykonawców lub Zleceniobiorców** jest Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Warszawie, adres: ul. Kasprzaka 17, 01-211 Warszawa;
    - b) administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: [kancelaria@wolski.med.pl](mailto:kancelaria@wolski.med.pl);
    - c) administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne w celu wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy;
    - d) dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych);
    - e) administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
    - f) mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.
  - 8) Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:
    - a) Państwa dane osobowe będą przechowywane do momentu upływu okresu przedawnienia wynikającego z ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny;
    - b) przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przeniesienia danych oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
    - c) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do zawarcia umowy. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak realizacji umowy;
    - d) administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.
  - 9) Załącznikami do niniejszej oferty są:

..... dnia .....

.....  
*Podpis Wykonawcy lub osób uprawnionych  
do składania oświadczeń woli w imieniu  
Wykonawcy oraz pieczętka/ pieczętka*

\*druk oferty składamy na każde zadanie odrębnie  
\*\*niepotrzebne skreślić

**Załącznik nr 2 – Oświadczenie Wykonawcy**

**Wykonawca:**

.....

.....

(pełna nazwa/firma, adres,

w zależności od podmiotu:

NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez:

.....

.....

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa

do reprezentacji)

**Oświadczenie wykonawcy**

składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.

Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego *na „Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki pielęgniarskiej w Ośrodku diagnostyki i terapii wewnętrzzycyniowej w Szpitalu Wolskim w podziale na zadania” numer sprawy EP/16/2019* prowadzonego przez Szpital Wolski, oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust 1 pkt. 12, 13, 15-20 ustawy Pzp.

....., dnia ..... r.

(miejscowość)

.....

(podpis)

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. .... ustawy Pzp (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 24 ust. 1 pkt. 13, 16-20 ). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze: .....

.....

....., dnia ..... r.

(miejscowość)

.....

(podpis)

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

....., dnia ..... r.

(miejscowość)

.....

(podpis)

### Załącznik nr 3 do ogłoszenia – wzór umowy

w wyniku rozstrzygniętego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie zamówienia na usługi społeczne – sprawa nr EP/16/2019 w trybie art. 138o ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1986) zwanej dalej „ustawą Pzp” została zawarta umowa o następującej treści:

#### §1.

1. Zamawiający zleca, a Wykonawca zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie kompleksowej opieki pielęgniarskiej w zakresie kompleksowej w Ośrodku diagnostyki i terapii wewnątrznaczyniowej w wymiarze do 115 godzin miesięcznie, zgodnie z pisemnym harmonogramem opracowywanym na okresy miesięczne, uzgodnionym z Naczelną Pielęgniarką lub inną osobą wskazaną przez Zamawiającego a w szczególności:
  - a) udzielanie pierwszej pomocy przedlekarskiej pacjentom Szpitala Wolskiego,
  - b) realizacja zaleceń lekarskich zgodnie z art. 4 ust. 2 pkt 5 ustawy z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. t.j. z 2018 r. poz. 123),
  - c) przeprowadzenie czynności higienicznych dotyczących utrzymania czystości ciała i bielizny osobistej chorego,
  - d) organizacja i udział w transporcie pacjenta na badania diagnostyczne, czy na inny oddział,
  - e) wykonywanie czynności administracyjnych, dokumentacyjnych związanych z pobytem pacjenta w Oddziale.
2. Wykonawca przy wykonywaniu czynności, o których mowa w ust. 1 ściśle współpracuje z lekarzami oraz innym personelem medycznym zapewniając kompleksowość i ciągłość opieki.
3. Czynności wynikające z ust. 1. Wykonawca będzie wykonywać zgodnie z pisemnym harmonogramem opracowywanym na okresy miesięczne, uzgodnionym z Pielęgniarką Oddziałową lub inną osobą wskazaną przez Zamawiającego.

#### §2.

1. Wykonawca oświadcza, że posiada uprawnienia, kwalifikacje i umiejętności do wykonywania czynności określonych w § 1 tj. aktualne prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/ pielęgniarsza nr ....., wydane przez ..... oraz dyplom ukończenia szkoły medycznej. Kopie dokumentów, o których mowa w ust. 1 stanowią załącznik nr 1 i załącznik nr 1 a do niniejszej umowy.
2. Wykonawca zobowiązany jest do rzetelnego wykonywania świadczeń zgodnie z posiadanymi uprawnieniami i przygotowaniem zawodowym, wykorzystując przy tym wiedzę, umiejętności oraz postęp wiedzy medycznej, przy jednoczesnym zachowaniu najwyższej staranności w tym zakresie oraz poszanowaniu praw pacjentów do zachowania tajemnicy w sprawach związanych z wykonywanymi w ramach niniejszej umowy świadczeniami oraz ochrony danych zawartych w dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.
3. Zamawiający uprawniony jest do odsunięcia Wykonawcy od wykonywania świadczeń zdrowotnych na czas przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego, w przypadku gdy do Zamawiającego wpłynie skarga dotycząca sposobu wykonywania przez Wykonawcę świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową.
4. Wykonawca oświadcza, że znany jest mu fakt, iż treść niniejszej umowy, a w szczególności dotyczące go dane identyfikujące, przedmiot umowy i wysokość wynagrodzenia stanowią informację publiczną w rozumieniu art. 1 ust. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 1764 z późn. zm.), która podlega udostępnianiu w trybie przedmiotowej ustawy.
5. Wykonawca jest zobowiązany przetwarzając dane osobowe do stosowania przy ich przetwarzaniu przepisy ustawy z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. 2018.1000).

#### §3.

1. Dokumentacja medyczna dotycząca pacjenta i wykonywanych badań diagnostycznych stanowi własność Zamawiającego i przechowywana jest w jego siedzibie, Wykonawca nie ma prawa do

wynoszenia dokumentacji, jej przemieszczania, kopiowania czy przekazywania innym podmiotom.

2. Wykonawca zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji zgodnie z przyjętymi zasadami obowiązującymi w Szpitalu.
3. Wszystkie wpisy dokonane przez Wykonawcę w dokumentacji medycznej powinny spełniać wymogi określone w obowiązujących przepisach dotyczących tej dokumentacji w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.

#### §4.

1. Wykonawca jest zobowiązany do osobistego wykonywania prac określonych w § 1 umowy.
2. Wykonawca oświadcza, że nie będzie wykorzystywał sprzętu, aparatury i materiałów do celów nieobjętych umową.
3. Każdy okres nieobecności Wykonawcy winien być uzgodniony z Zamawiającym, a w przypadkach losowych Wykonawca winien niezwłocznie poinformować Zamawiającego o okresie nieobecności. Naruszenie powyższego postanowienia stanowi „rażące naruszenie postanowień umowy”.
4. Wykonawca winien do realizacji niniejszej umowy posiadać: własne umundurowanie w kolorze białym i własne obuwie. Wykonawca jest zobowiązany do noszenia identyfikatora wg wzoru obowiązującego w Szpitalu.

#### §5.

1. Wartość umowy nie może przekroczyć w okresie jej obowiązywania kwoty brutto: ..... zł (słownie: złotych ..... groszy .../100). Wartość umowy nie obejmuje dodatkowego wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 4.
2. Cena jednej 1 godziny wynosi, zgodnie z ofertą ..... zł brutto (słownie: złotych ..... groszy 00/00).
3. Wynagrodzenie, o którym mowa w ust. 1 będzie wypłacane przez Zamawiającego za miesięczne okresy kalendarzowe na podstawie rachunku wystawionego przez Wykonawcę i zatwierdzonego przez Zamawiającego. Wzór rachunku wraz z potwierdzeniem wykonania czynności stanowią załącznik nr 1 i załącznik nr 2 do umowy.
4. W związku z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2015 r. poz. 1400) wraz z rozporządzeniem zmieniającym (Dz. U. z 2015 r., poz. 1628) wysokość dodatkowego wynagrodzenia oraz sposób jego rozliczania będzie dokonywany w sposób następujący:
  - a. zgodny z obowiązującymi w czasie realizacji umowy przepisami prawa i informacjami przekazanymi przez Dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia .
    - a. Wynagrodzenie, o którym mowa w pkt a., wypłacane jest za dany miesiąc w kwocie proporcjonalnej do ilości przepracowanych godzin w miesiącu objętym wynagrodzeniem (tj. przeliczonych w stosunku do etatu).
    - b. Wynagrodzenie określone w pkt a. wypłacane jest w formie dodatkowego wynagrodzenia na podstawie odrębnego rachunku wystawianego w rozliczeniu za każdy miesiąc kalendarzowy, zawierającego dane dotyczące ilości godzin zrealizowanych w miesiącu którego dotyczy. Wzór rachunku stanowi załącznik nr 1.
5. Wynagrodzenie będzie przekazywane przelewem z konta Zamawiającego w terminie 30 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionego rachunku. Płatność nastąpi na rachunek bankowy nr ..... Potwierdzeniem złożenia rachunku wraz z potwierdzeniem jest prezentata Kancelarii Szpitala Wolskiego.
6. Za dzień zapłaty uznaje się dzień obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego.

#### §6.

Umowa obowiązuje w terminie od dnia ..... do dnia **31 sierpnia 2019 roku**.

#### §7.

1. Niniejsza umowa może być rozwiązana w każdym czasie na podstawie porozumienia Stron.
2. Umowa może być rozwiązana przez Stronę za uprzednim dwutygodniowym wypowiedzeniem.

3. Umowa ulega rozwiązaniu przez Zamawiającego bez zachowania okresu wypowiedzenia, ze skutkiem natychmiastowym w przypadku nieprzestrzegania jej istotnych postanowień, a w szczególności § 2 ust. 2, § 4 ust. 3 i § 8.
4. Umowa ulega rozwiązaniu wraz z upływem okresu na jaki została zawarta lub z chwilą wyczerpania wartości umowy.

#### **§8.**

1. W razie nienależytego wykonania umowy, w szczególności w przypadku nadużyć lub sprzecznego z zasadami etyki wykonywania zawodu pielęgniarki, zachowania wobec pacjentów, Zamawiającemu przysługuje prawo odsunięcia od wykonywania czynności określonych niniejszą umową oraz nałożenia kary umownej w wysokości wynagrodzenia za dany dyżur, w którym nastąpiło naruszenie postanowień umowy. Potrącenie należności nastąpi z rachunków za dany miesiąc. Niezależnie od nałożenia kar finansowych Zamawiający zastrzega sobie prawo do rozwiązania umowy, w sposób o którym mowa w §7 ust. 3.
2. Niezależnie od kary umownej Wykonawca ponosi odpowiedzialność na zasadach ogólnych za szkodę wynikłą z niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, jeżeli rozmiar szkody przekracza wysokość kary umownej.
3. Wykonawca zobowiązuje się do poddania kontroli wykonywanej przez Zamawiającego, NFZ lub inne uprawnione organy oraz udostępnienia wszelkich danych i informacji niezbędnych do przeprowadzenia kontroli.
4. Wykonawca oświadcza, iż posiada aktualne orzeczenie lekarza medycyny pracy dopuszczające do wykonywania świadczeń zgodnie z umową.

#### **§9.**

1. Wykonawca zobowiązuje się każdorazowo do poinformowania Szpitala Wolskiego o zmianie, tj. o uzyskaniu niższego wynagrodzenia w danym miesiącu, w macierzystym zakładzie pracy, niż kwota minimalnego wynagrodzenia określonego przez akty wykonawcze na wzorze zaświadczenia stanowiącego załącznik nr 5 do ogłoszenia.
2. Zamawiający zastrzega sobie prawo dokonania stosownych potrąceń z wynagrodzenia na poczet zaliczki na podatek dochodowy, ubezpieczenia społeczne i zdrowotne.

#### **§10.**

1. Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają dla swej ważności formy pisemnej.
2. Zamawiający przewiduje następujące możliwości zmian niniejszej umowy:
  - w zakresie zmiany dni, liczby godzin wykonywania świadczeń zdrowotnych, w danym miesiącu rozliczeniowym, będących przedmiotem umowy z zastrzeżeniem, że dokonywane zmiany nie wpływają na zmianę wartości umowy określonej w § 5 ust. 1.
  - przedłużenia okresu obowiązywania umowy w przypadku niewykorzystania wartości umowy, o której mowa w § 5 ust. 1.
3. Świadczenie przez Wykonawcę usług na podstawie niniejszej umowy nie jest wykonywaniem pracy w rozumieniu przepisów prawa pracy.

#### **§11.**

Wszelkie spory między Stronami, których nie da się rozstrzygnąć w drodze negocjacji, tj. po bezskutecznym upływie 30 dni od złożenia wniosku o ugodę drugiej Stronie, wynikłe w związku albo na podstawie niniejszej umowy, będą rozstrzygane przez Sąd powszechny miejscowo właściwy dla siedziby Zamawiającego.

#### **§12.**

W zakresie nieuregulowanym niniejszą umową stosuje się przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2016 r. poz. 1638 z późn. zm.), ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2016 r. poz. 1251) oraz aktów wykonawczych wydanych na tej podstawie, Kodeksu cywilnego, art. 304<sup>1</sup> Kodeksu pracy, oraz ustawy Pzp.

### §13.

1. Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:
  - a) administratorem danych osobowych **Wykonawców lub Zleceniobiorców** jest Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Warszawie, adres: ul. Kasprzaka 17, 01-211 Warszawa;
  - b) administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: [kancelaria@wolski.med.pl](mailto:kancelaria@wolski.med.pl);
  - c) administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne w celu wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy;
  - d) dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych);
  - e) administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
  - f) mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.
2. Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:
  - a) Państwa dane osobowe będą przechowywane do momentu upływu okresu przedawnienia wynikającego z ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny;
  - b) przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przeniesienia danych oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
  - c) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do zawarcia umowy. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak realizacji umowy;
  - d) administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

### §14.

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

### §15.

Załącznikami do niniejszej umowy są:

1. załącznik nr 1 – wzór rachunku,
2. załącznik nr 2 – wzór potwierdzenia.

**WYKONAWCA**

**ZAMAWIAJĄCY**

\*niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 1 do umowy ..... z dnia .....

Warszawa, dnia .....

.....  
imię i nazwisko wystawcy rachunku

.....  
komórka organizacyjna

Nr NIP: .....

## RACHUNEK dla Szpitala Wolskiego

zgodnie z umową zlecenia nr ..... z dnia ..... za wykonanie  
prac zleconych w miesiącu .....

na kwotę złotych ..... brutto słownie złotych .....

Liczba godzin ogółem: ..... Stawka za 1 godzinę / cykl\*) ..... godzinny / cykle \*\*) : .....

.....

Podpis wystawcy rachunku

\*) – *niepotrzebne skreślić*

\*\*) – *uzupełnić liczbę godzin lub cykli*

---

**Stwierdzam wykonanie i przyjęcie prac zleconych zgodnie z umową:**

Warszawa, dnia .....

.....  
pieczęć i podpis Kierownika komórki organizacyjnej  
/ wnioskodawcy





**Załącznik nr 4 do ogłoszenia – Oświadczenie Zleceniobiorcy**

**OŚWIADCZENIE ZLECENIOBIORCY**

Dane ZLECENIOBIORCY dla celów zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego oraz realizacji obowiązków podatkowych z Urzędem skarbowym:

1. **Imię i Nazwisko:** .....
2. Drugie imię (jeśli wpisane w dowodzie osobistym): .....
3. Nazwisko rodowe: .....
4. Data urodzenia:.....
5. PESEL: .....
6. Urząd Skarbowy (nazwa i adres):  
.....
7. Seria i nr dowodu: ..... Obywatelstwo: .....
8. Informacja o uprawnieniach do pobierania:  
– Emerytury: tak / nie \*      - Renty: tak /nie \*
9. Czy jest orzeczony stopień niepełnosprawności: ....., jeśli tak - jaki:
  - a) Mam orzeczenie o **lekkim** stopniu niepełnosprawności
  - b) Mam orzeczenie o **umiarkowanym** stopniu niepełnosprawności
  - c) Mam orzeczenie o **znacznym** stopniu niepełnosprawności
10. Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia:.....
11. Miejsce zatrudnienia w czasie trwania umowy w Szpitalu Wolskim, tj. w okresie **od dnia** ..... **r. do dnia** ..... **r.** (t.j. nazwa i adres pracodawcy lub innego zleceniodawcy, u którego są odprowadzane składki na ubezpieczenie emerytalno – rentowe):  
.....
12. Czy Zleceniobiorca jest **studentem do 26-go** roku życia: .....
  - ♦ Nazwa i adres uczelni w przypadku bycia studentem do 26 roku życia:  
.....
  - ♦ Rok Akademicki.....
13. **Wykształcenie:** ..... **specjalizacja:** .....
14. **Numer telefonu:** ..... **e-mail:**.....
15. Adres zameldowania:
  - ♦ Kod pocztowy: ..... Miejscowość: .....
  - ♦ Gmina: ..... Ulica: .....
  - ♦ Nr domu: .....Nr lokalu: .....
  - ♦ Powiat: ..... Województwo: .....
16. Adres zamieszkania:

- ◆ Kod pocztowy: ..... Miejscowość: .....
- ◆ Gmina: ..... Ulica: .....
- ◆ Nr domu: .....Nr lokalu: ..... Telefon: .....
- ◆ Powiat: ..... Województwo: .....

17. **Czy Zleceniobiorca wnosi o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem:**

1. chorobowemu – tak / nie\*
2. emerytalno-rentowemu – tak / nie\*

ZGŁOSZENIE O OBJĘCIU DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIEM CHOROBOWYM UMOŻLIWIA OSOBIE PRZEBYWAJĄCEJ NA ZWOLNIENIU LEKARSKIM, OTRZYMANIE ZASIŁKU CHOROBOWEGO. ZAZNACZENIE OPCJI „NIE” - BĘDZIE SKUTKOWAĆ BRAKIEM PRAWA DO ZASIŁKU W PRZYPADKU CHOROBY.

19. Proszę o przesyłanie **na konto** / wypłatę gotówką \*

w banku ..... nr konta .....

**Dla Zleceniobiorców zatrudnionych poza Szpitalem Wolskim lub wykonujących umowę zlecenia u innego Pracodawcy lub Zleceniodawcy:**

1. Oświadczam, że **moje miesięczne wynagrodzenie z umowy o pracę / umowy zlecenia\*** w macierzystym zakładzie pracy, (która jako pierwsza rodziła obowiązek opłacania składek na ubezpieczenia społeczne), otrzymane w okresie trwania umowy ze Szpitalem Wolskim – tj. **od dnia ..... r. do ..... r. jest:**
  - niższe od kwoty minimalnego wynagrodzenia określonego na dany rok przez akty wykonawcze.
  - równe lub wyższe od kwoty minimalnego wynagrodzenia określonego na dany rok.
2. Jednocześnie zobowiązuję się do pisemnego poinformowania Szpitala Wolskiego **o sytuacji zmiany, tj. o uzyskaniu niższego wynagrodzenia w danym miesiącu**, w macierzystym zakładzie pracy, **niż kwota minimalnego wynagrodzenia** na dany rok, określonego przez akty wykonawcze.
3. Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadom(y) / (a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

**Uwaga:**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:

1. administratorem danych osobowych Wykonawców lub Zleceniobiorców jest Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Warszawie, adres: ul. Kasprzaka 17, 01-211 Warszawa;
2. administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: kancelaria@wolski.med.pl;
3. administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne w celu wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy;
4. dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych);
5. administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
6. mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

1. *Państwa dane osobowe będą przechowywane do momentu upływu okresu przedawnienia wynikającego z ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny;*
2. *przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przeniesienia danych oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;*
3. *podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do zawarcia umowy. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak realizacji umowy;*
4. *administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.*

.....  
*data i podpis Zleceniobiorcy*

\* *niepotrzebne skreślić*

**Załącznik nr 5 do ogłoszenia - Zaświadczenie**

.....  
Pieczęć zakładu pracy

**ZAŚWIADCZENIE  
DLA CELÓW UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH I UBEZPIECZENIA  
ZDROWOTNEGO**

**Niniejszym zaświadcza się, że:**

Pan / Pani\*:

.....  
Adres zameldowania: .....

PESEL:

**Jest zatrudniony w:**

**Na podstawie:**

- umowy o pracę na czas: określony / nieokreślony\*, w wymiarze etatu: .....  
od dnia: ..... do dnia: .....

Składki na ubezpieczenia społeczne z tytułu zawartej ww. umowy odprowadzane są od kwoty:

- równej lub wyższej minimalnemu wynagrodzeniu za pracę (t.j. 2250 brutto w 2019r.)

- niższej niż minimalne wynagrodzenie za pracę (t.j. 2250 brutto w 2019r.)

tj. od kwoty: .....

W przypadku gdy kwoty wynagrodzenia miesięcznego bywają różne, to zaświadczenie należy składać co miesiąc.

- umowy zlecenia od dnia: ..... do dnia: .....

Składki na ubezpieczenia społeczne z tytułu zawartej ww. umowy odprowadzane są od kwoty:

- równej lub wyższej minimalnemu wynagrodzeniu za pracę (t.j. 2250 brutto w 2019r.)

- niższej niż minimalne wynagrodzenie za pracę (t.j. 2250 brutto w 2019r.)

tj. od kwoty: .....

.....  
Data wystawienia, pieczęć i podpis Pracodawcy  
lub osoby upoważnionej

**Jednocześnie zobowiązuje się do pisemnego poinformowania Szpitala Wolskiego o sytuacji zmiany, tj. o uzyskaniu niższego wynagrodzenia w danym miesiącu, w macierzystym zakładzie pracy, niż kwota minimalnego wynagrodzenia określonego przez akty wykonawcze.**

.....  
podpis lub ZLECENIOBIORCY

\* - niepotrzebne skreślić

- odpowiednio zaznaczyć

**Załącznik nr 6 do ogłoszenia – Oświadczenie o nieprzekroczeniu ilości godzin**

**OŚWIADCZENIE**

W związku z zawarciem umowy ze Szpitalem Wolskim – kolejnej umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki pielęgniarskiej zobowiązuję się, że jednorazowe świadczenie umowne ciągle w siedzibie Szpitala Wolskiego nie będzie trwało dłużej niż 12 godzin i kolejne cykle nie będą następowały jeden po drugim.

....., dnia .....

.....  
*Podpis osób uprawnionych do składania  
oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy  
oraz pieczętka/ pieczętka*