

Warszawa, dnia.....

**Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej**  
**Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością**  
**ul. M. Kasprzaka 17**  
**01 – 211 Warszawa**

### O F E R T A

**na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie  
pielęgniarstwa w Klinicznym Oddziale Chorób Wewnętrznych i Endokrynologii oraz za zgodą  
obu stron w innych Oddziałach Szpitala Wolskiego**

Imię.....  
Nazwisko.....  
PESEL.....  
Zawód.....  
Nr prawa wykonywania zawodu.....  
Specjalizacja w zakresie .....  
Nr dokumentu specjalizacji.....  
Nr wpisu do rejestru indywidualnych specjalistycznych/ indywidualnych praktyk pielęgniarstwa wykonywanych  
w zakładzie podmiotu leczniczego prowadzonego przez właściwą okręgową radę pielęgniarek i położnych  
uzyskanego zgodnie z wymogami ustawy o działalności  
Leczniczej.....  
Data wpisu do ewidencji działalności gospodarczej.....  
NIP.....REGON.....  
Nr telefonu .....e-mail .....  
Adres zamieszkania .....  
Adres do korespondencji ( o ile nie pokrywa się z adresem zamieszkania).....

**Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa w Klinicznym Oddziale Chorób Wewnętrznych i Endokrynologii oraz za zgodą obu stron w innych Oddziałach Szpitala Wolskiego, zgodnie z przedmiotem zamówienia wskazanym w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert, na zasadach określonych we wzorze umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.**

#### **OFERENT OŚWIADCZA, IŻ:**

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” oraz projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w siedzibie Szpitala Wolskiego w Warszawie, w miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego zamówienia.
3. Prowadzi Indywidualną Specjalistyczną/ Indywidualną Praktykę Pielęgniarską w zakładzie podmiotu leczniczego, wpisaną do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez OIPiP zgodnie z danymi wymienionym na wstępie niniejszej oferty.
4. Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie osobiście.
5. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości .....
6. Oświadcza, iż Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej Sp. z o.o. **nie rozwiązał** z w okresie 5 lat poprzedzających ogłoszenie postępowania z nim umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym przedmiotem niniejszego postępowania w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie oferenta.

7. Deklaruje **min.** ..... i **max.** .....liczbę godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa w **Klinicznym Oddziale Chorób Wewnętrznych i Endokrynologii** oraz za zgodą obu stron w innych Oddziałach Szpitala Wolskiego w miesiącu.
8. Proponuje następującą kwotę należności za realizację zamówienia:  
wysokość stawki w kwocie .....**zł brutto (równoważne z netto)** - za każdą godzinę wykonywania świadczeń w **Klinicznym Oddziale Chorób Wewnętrznych i Endokrynologii** oraz za zgodą obu stron w innych Oddziałach Szpitala Wolskiego do limitu 60 godzin (włącznie) w miesiącu oraz  
wysokość stawki w kwocie.....**zł brutto (równoważne z netto)** - za każdą godzinę wykonywania świadczeń w **Klinicznym Oddziale Chorób Wewnętrznych i Endokrynologii** oraz za zgodą obu stron w innych Oddziałach Szpitala Wolskiego powyżej limitu 60 godzin w miesiącu.
9. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami od nr 3a do nr.....
10. Oświadcza, iż świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa udzielał przez okres ..... lat..

#### **ZAŁĄCZNIKI:**

1. Poświadczona kopia dokumentów związanych z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakładzie podmiotu leczniczego prowadzonego przez ORPiP – **zał. nr 1.**
2. Poświadczony aktualny wydruk z CEIDG – **zał. nr 2.**
3. Kopie dokumentów dotyczących posiadanych kwalifikacji:
  - dyplom ukończenia szkoły,
  - aktualne prawo wykonywania zawodu pielęgniarki,
  - udokumentowanie minimum 1 roczne doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa,
  - oraz dodatkowo inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe – **zał. nr 3a, 3b, itd.**
4. Wykaz podmiotów, w których oferent udzielał świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa wykonywanych z podaniem okresów, w których usługi te były udzielane – **zał. nr 4.**
5. Kserokopia polisy OC – **zał. nr 5.**
6. Zaświadczenie lekarskie od lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia – **zał. nr 6.**

#### **Oświadczenie oferenta w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO**

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO<sup>1</sup> wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia w niniejszym postępowaniu\*.

.....  
(*podpis i pieczęć oferenta*)

<sup>1</sup> rozporządzenie 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

\* W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).