

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 specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa w Ośrodku diagnostyki i terapii
wewnątrznaczyniowej Szpitala Wolskiego, w Pracowni Elektrofizjologii i w Pracowni Radiologii Zabiegowej**

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 telefonue-mail

Adres zamieszkania

Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem zamieszkania).....

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa w Ośrodku diagnostyki i terapii wewnątrznaczyniowej Szpitala Wolskiego, w Pracowni elektrofizjologii i Pracowni Radiologii Zabiegowej 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 liczbę godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w Ośrodku diagnostyki i terapii wewnątrznaczyniowej, w Pracowni elektrofizjologii i Pracowni Radiologii Zabiegowej w miesiącu:

- **min.** i **max.**
8. Proponuje wysokość stawki w kwocie **zł netto (równoważne z brutto)** za 1 godzinę udzielania świadczeń.
9. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami od nr 3a do nr.....
10. Oświadczam, iż świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa w pracowni/ oddziale/ ośrodku Radiologii Zabiegowej i Elektrofizjologii udzielał przez okres lat.

ZAŁĄCZNIKI:

1. Poświadczona kopia dokumentów związanych z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w przedsiębiorstwie 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,
 - certyfikat ukończenia kursu resuscytacji krążeniowo-oddechowej,
 - tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki **lub** kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki **lub** tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego **lub** kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego **lub** posiadania co najmniej dwuletniego udokumentowanego doświadczenia w instrumentowaniu do zabiegów;
 - 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 w pracowni/ oddziale/ ośrodku hemodynamiki i elektrofizjologii 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.*
7. Paszport dozymetryczny lub potwierdzenie wysłania wniosku o wydanie paszportu dozymetrycznego. Wzór wniosku o wydanie paszportu można pobrać ze strony: <https://paa.gov.pl/strona-112-paszport-dozymetryczny.html> – *zał. nr 7*

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 RODO¹ 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*)

¹ 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).