

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 przez pielęgniarkę systemu w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Szpitala Wolskiego

Imię.....

Nazwisko.....

PESEL.....

Zawód.....

Nr prawa wykonywania zawodu.....

Specjalizacja w zakresie

Nr dokumentu specjalizacji.....

Nr wpisu do rejestru indywidualnych specjalistycznych/ indywidualnych praktyk pielęgniarskich 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, specjalistycznych świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę systemu w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym 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 przez pielęgniarkę systemu w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym 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 przez pielęgniarkę systemu w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Szpitala Wolskiego do limitu 60 godzin (włącznie) w miesiącu oraz
wysokość stawki w kwocie.....**zł brutto (równoważne z netto)** - za każdą godzinę wykonywania świadczeń przez pielęgniarkę systemu w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym 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 udzielanych przez **pielęgniarkę systemu zgodnie z ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym** udzielał przez okres lat..

ZALĄCZNIKI:

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:
 - aktualne prawo wykonywania zawodu pielęgniarki,
 - dyplom licencjata lub magistra ukończenia na kierunku pielęgniarstwa;
 - dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, lub dokument potwierdzający fakt, że oferent jest w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii,
 - zaświadczenie o posiadaniu ukończonego kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, oraz zaświadczenie o posiadaniu co najmniej 3-letniego stażu pracy w oddziałach (ratunkowym, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii,) oraz oddziałach pomocy doraźnej, izbach przyjęć lub pogotowiu ratunkowym.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– **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 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).