

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 (Pracownia elektrofizjologii i Pracownia 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 telefonu ..... e-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 (Pracownia elektrofizjologii i Pracownia 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.** .....godzin i **max.** ..... godzin.

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. Oświadcza, 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 w zakresie pielęgniarstwa,
  - aktualne prawo wykonywania zawodu pielęgniarstwa,
  - certyfikat ukończenia kursu resuscytacji krążeniowo-oddechowej,
  - 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](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 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).