

Warszawa, dnia.....

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

**O F E R T A**

**na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie  
pielęgniarstwa w II Oddziale chorób wewnętrznych oraz 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 leczniczym 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 II Oddziale chorób wewnętrznych oraz 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 pielęgniarstwa w zakładzie leczniczym, 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 **II Oddziale chorób wewnętrznych** oraz 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 **II Oddziale chorób wewnętrznych** oraz w innych oddziałach Szpitala Wolskiego.

9. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami od nr 3a do nr.....
10. Oświadczam, iż świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa w oddziałach szpitalnych 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 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 w oddziałach szpitalnych 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).