

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:

- 1) w zakresie pielęgniarstwa w Klinicznym Oddziale kardiologicznym z Pododdziałem intensywnego nadzoru kardiologicznego oraz innych oddziałach Szpitala Wolskiego*,
- 2) w zakresie udzielanie świadczeń zdrowotnych związanych z zapewnieniem właściwej opieki nad pacjentem przez ratownika medycznego w Klinicznym Oddziale kardiologicznym z Pododdziałem intensywnego nadzoru kardiologicznego oraz 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 telefonue-mail

Adres zamieszkania

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

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w następujących zakresach:

- 1) w zakresie pielęgniarstwa w Klinicznym Oddziale kardiologicznym z Pododdziałem intensywnego nadzoru kardiologicznego oraz innych oddziałach Szpitala Wolskiego*,
- 2) w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych związanych z zapewnieniem właściwej opieki nad pacjentem przez ratownika medycznego w Klinicznym Oddziale kardiologicznym z Pododdziałem intensywnego nadzoru kardiologicznego oraz 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. Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie osobiście.
4. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości
5. 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.
6. W ramach zakresu 1) udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych **w zakresie pielęgniarstwa** w Klinicznym Oddziale kardiologicznym z Pododdziałem intensywnego nadzoru kardiologicznego oraz innych oddziałach Szpitala Wolskiego:
 - a) deklaruje **min.** i **max.**liczbę godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w miesiącu
 - b) proponuje wysokość stawki w kwocie**zł brutto (równoważne z netto)** - za jedną godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych w ramach wybranego zakresu.
8. W ramach zakresu 2) udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych związanych z zapewnieniem właściwej opieki nad pacjentem przez **ratownika medycznego** w Klinicznym Oddziale kardiologicznym z Pododdziałem intensywnego nadzoru kardiologicznego oraz innych oddziałach Szpitala Wolskiego*
 - a) deklaruje **min.** i **max.**liczbę godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w miesiącu
 - b) proponuje wysokość stawki w kwocie**zł brutto (równoważne z netto)** - za jedną godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych w ramach wybranego zakresu.
9. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami od nr 3a do nr.....
10. Oświadcza, iż świadczeń zdrowotnych:
 - a) w zakresie pielęgniarstwa w oddziałach szpitalnych udzielał/a przez okres lat**
 - b) w zakresie ratownictwa medycznego 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 i uprawnień:
 - dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu mgr lub licencjata lub średniego wykształcenia w dziedzinie pielęgniarstwa ** oraz
 - aktualne prawo wykonywania zawodu pielęgniarstwa**
 - dyplom licencjata lub mgr potwierdzający ukończenie studiów na kierunku (specjalności) ratownictwo medyczne *** lub

- dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego ratownika medycznego albo dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie ratownik medyczny***;
 - oświadczenie, iż oferent nie był skazany prawomocnym wyrokiem sądu za umyślne przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe***;
 - oświadczenie o posiadaniu znajomości języka polskiego w mowie i w piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu ratownika medycznego (oświadczenie to nie jest wymagane jeżeli oferent ukończył studia na kierunku (specjalności) ratownictwo medyczne lub medycyna ratunkowa lub studia przygotowujące do wykonywania zawodu ratownika medycznego - prowadzone w języku polskim lub publiczną szkołę policealną lub niepubliczną szkołę policealną o uprawnieniach szkoły publicznej - kształcące w języku polskim (dyplomy w języku polskim) albo uzyskała dokument potwierdzający znajomość języka polskiego w mowie i w piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu ratownika medycznego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w szczególności gdy znajomość języka polskiego jest potwierdzona pozytywnym złożeniem egzaminu z języka polskiego zorganizowanego i przeprowadzonego przez Krajową Radę (zaświadczenie potwierdzające ten fakt) ***.
 - oraz dodatkowo inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe, w tym specjalizacje i kursy kwalifikacyjne – *zał. 3a, 3b, itd.*
4. Wykaz podmiotów, w których oferent udzielał świadczeń zdrowotnych w zakresie:
- a) pielęgniarstwa w oddziałach szpitalnych**
 - b) ratownictwa medycznego ***
- 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 w warunkach 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*)

*niepotrzebne skreślić

** dotyczy zakresu 1) udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa w Klinicznym Oddziale kardiologicznym z Pododdziałem intensywnego nadzoru kardiologicznego oraz innych oddziałach Szpitala Wolskiego

*** dotyczy zakresu 2) udzielanie świadczeń zdrowotnych związanych z zapewnieniem właściwej opieki nad pacjentem przez ratownika medycznego w Klinicznym Oddziale kardiologicznym z Pododdziałem intensywnego nadzoru kardiologicznego oraz innych oddziałach Szpitala Wolskiego

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).