

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 całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa w Oddziale Neurologicznym, Oddziale Udarowym, z Pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej 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 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 całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa w Oddziale Neurologicznym, Oddziale Udarowym, z Pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej 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. 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. Deklaruje **min.** i **max.**liczbę godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w miesiącu w zakresie pielęgniarstwa w **Oddziale Neurologicznym, Oddziale Udarowym, z Pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej oraz w innych Oddziałach Szpitala Wolskiego** w miesiącu.
7. Proponuje wysokość stawki w kwociezł brutto (równoważne z netto) - za jedną godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych w **Oddziale Neurologicznym, Oddziale Udarowym, z Pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej oraz w innych Oddziałach Szpitala Wolskiego.**
8. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami od nr 3a do nr.....
9. Oświadcza, iż świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa w oddziałach szpitalnych udzielał/a 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 ukończenia szkoły,
 - aktualne prawo wykonywania zawodu pielęgniarki,
 - certyfikat ukończenia kursu resuscytacji krążeniowo-oddechowej,
 - udokumentowanie minimum roczne doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa w oddziałach szpitalnych,
 - oraz dodatkowo inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe, w tym specjalizacje i kursy kwalifikacyjne – *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 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)

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).