

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  
Klinicznym Oddziale Psychiatrycznym, Izbie przyjęć Psychiatrycznej oraz w innych Oddziałach Szpitala  
Wolskiego im. dr Anny Gostyńskiej Sp. z o.o.**

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 całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych  
w zakresie pielęgniarstwa w Klinicznym Oddziale Psychiatrycznym, Izbie przyjęć Psychiatrycznej 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** 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 **Klinicznym Oddziale Psychiatrycznym, Izbie przyjęć Psychiatrycznej oraz w innych Oddziałach Szpitala Wolskiego** w miesiącu.
7. Proponuje wysokość stawki w kwocie .....**zł brutto (równoważne z netto)** - za jedną godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych w **Klinicznym Oddziale Psychiatrycznym, Izbie przyjęć Psychiatrycznej 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 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 specjalistycznego EKG,
  - certyfikat ukończenia kursu kwalifikacyjnego pielęgniarstwa anestezyjologicznego,
  - udokumentowanie minimum 2-letnie doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa,
  - 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 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 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).