

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
przez pielęgniarkę systemu w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Szpitala Wolskiego**

Imię.....
Nazwisko.....
PESEL.....
Zawód.....
Nr prawa wykonywania zawodu.....
Specjalizacja w zakresie
Nr dokumentu specjalizacji.....
Nr wpisu do rejestru indywidualnych specjalistycznych/ indywidualnych praktyk pielęgniarskich 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 przez pielęgniarkę systemu 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, Miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego zamówienia.
3. Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie osobiście.
4. Prowadzi *(na dzień rozpoczęcia udzielania świadczeń)* indywidualną/ indywidualną specjalistyczną praktykę pielęgniarską w zakładzie leczniczym wpisaną do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Warszawską ORPiP zgodnie z danymi wymienionym na wstępie niniejszej oferty.
5. Posiada aktualne *(na dzień rozpoczęcia udzielania świadczeń)* ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości **lub złoży oświadczenie, że dokument zostanie dostarczony Udzielającemu zamówienia najpóźniej w dniu podpisania umowy 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 miesiącu w zakresie pielęgniarstwa przez pielęgniarkę systemu w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Szpitala Wolskiego.
8. Proponuje wysokość stawki w kwocie**zł brutto** (równoważne z netto) - za jedną godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę systemu w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Szpitala Wolskiego.
9. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami od nr 3a do nr.....
10. Oświadcza, iż świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym 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 Warszawską ORPiP – zał. nr 1.
2. Poświadczony aktualny wydruk z CEIDG **potwierdzający rozpoczęcie działalności najpóźniej w dniu 01.11.2025 r.** – zał. nr 2.
3. Kopie dokumentów dotyczących posiadanych kwalifikacji:
 - a) aktualne prawo wykonywania zawodu pielęgniarki oraz
 - b) dokument potwierdzający posiadanie wykształcenia średniego pielęgniarzkiego lub dyplom licencjata lub magistra na kierunku pielęgniarstwo oraz
 - c) dokumenty potwierdzające posiadanie tytułu specjalisty lub bycia w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego lub anestezyjologicznego i intensywnej opieki lub
 - d) dokument potwierdzający posiadanie tytułu specjalisty lub bycia w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub pediatrycznego lub
 - e) dokument potwierdzający ukończenie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezyjologicznego i intensywnej opieki, chirurgicznego, kardiologicznego lub pediatrycznego oraz zaświadczenie o co najmniej 3-letnim stażu pracy w oddziałach tych specjalności, szpitalnym oddziale ratunkowym, izbie przyjęć lub zespole ratownictwa medycznego lub
 - f) dokument potwierdzający posiadanie tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego.
 - d) dokument potwierdzający minimum roczne doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w **jednostkach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego** (potwierdzone zaświadczeniem wystawionym przez kierownika/ordynatora/pielęgniarki oddziałowej itp. komórki organizacyjnej, w której udzielane były świadczenia) oraz
 - e) aktualne zaświadczenie o ukończeniu kursu przetaczania krwi i jej składników.
 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 Szpitalnym Oddziale Ratunkowym – **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. Dokumenty wymienione w **Informacji dla oferenta** (załącznik nr 1 do niniejszej oferty) niezbędne do zrealizowani obowiązku z art. 21 Ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i

ochronie małoletnich. – zał. nr 4a, 4b i 4c (w sytuacji nie wybrania oferenta w postępowaniu konkursowym dokumenty zostaną odesłane oferentowi).

W związku z wejściem w życie ustawy z dnia 14 czerwca 2024 r. o ochronie sygnalistów w Szpitalu Wolskim im. dr Anny Gostyńskiej Sp. z o. o. z siedzibą w Warszawie ustalono Procedurę dokonywania zgłoszeń naruszeń prawa i podejmowania działań następnych, która określa zasady, sposób dokonywania zgłoszeń naruszeń prawa i podejmowania działań następnych. Szczegółowe informacje znajdują Państwo pod linkiem <http://www.wolski.med.pl/sygnalisci/>

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).