

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 następujących zakresach:**

- 1) w Oddziale anestezjologii i intensywnej terapii Szpitala Wolskiego*,**
- 2) w Klinicznym Oddziale neurologicznym, w Klinicznym Oddziale udarowym oraz w innych Oddziałach Szpitala Wolskiego*,**
- 3) w Klinicznym Oddziale kardiologicznym z Pododdziałem intensywnego nadzoru kardiologicznego 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 lub indywidualnych specjalistycznych praktyk pielęgniarstwach 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 następujących zakresach:

- 1) w Oddziale anestezjologii i intensywnej terapii Szpitala Wolskiego*,**
- 2) w Klinicznym Oddziale neurologicznym, w Klinicznym Oddziale udarowym oraz w innych Oddziałach Szpitala Wolskiego*,**
- 3) w Klinicznym Oddziale kardiologicznym z Pododdziałem intensywnego nadzoru kardiologicznego 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, 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.
4. 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.....**
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 ramach zakresu:
 - 1) w Oddziale anestezyjologii i intensywnej terapii Szpitala Wolskiego*
 - 2) w Klinicznym Oddziale neurologicznym, w Klinicznym Oddziale udarowym oraz w innych Oddziałach Szpitala Wolskiego*
 - 3) w Klinicznym Oddziale kardiologicznym z Pododdziałem intensywnego nadzoru kardiologicznego oraz w innych Oddziałach Szpitala Wolskiego*
7. Proponuje wysokość stawki w kwociezł brutto (równoważne z netto)- za jedną godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych w ramach wybranego zakresu.
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 Warszawską ORPiP – *zał. nr 1.*
2. Poświadczony aktualny wydruk z CEIDG **potwierdzający rozpoczęcie działalności najpóźniej w dniu 01.04.2026 r.** -*zał. nr 2.*
3. Kopie dokumentów dotyczących posiadanych kwalifikacji i uprawnień:

w ramach zakresu 1:

 - aktualne prawo wykonywania zawodu pielęgniarki,
 - dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu mgr lub licencjata oraz aktualne prawo wykonywania zawodu pielęgniarki,
 - certyfikat ukończenia kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej terapii dla pielęgniarek lub dyplom po odbyciu szkolenia specjalizacyjnego i uzyskanie tytułu pielęgniarki specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej terapii,

- udokumentowanie minimum 0,5 rocznego doświadczenia w udzielaniu świadczeń zdrowotnych na Oddziale anestezjologii i intensywnej terapii- *zał. nr 3a*
- dodatkowo inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe – *zał. 3a, 3b*, itd.

w ramach zakresu 2 i 3:

- aktualne prawo wykonywania zawodu pielęgniarstwa,
 - dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu mgr lub licencjata lub średniego wykształcenia w dziedzinie pielęgniarstwa
 - udokumentowanie minimum roczne doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa - *zał. nr 3a*
 - dodatkowo inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe – *zał. 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 w warunkach objętych przedmiotem zamówienia – *zał. nr 6*.

*niewłaściwe należy skreślić

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 następczych, która określa zasady, sposób dokonywania zgłoszeń naruszeń prawa i podejmowania działań następczych. 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).