Wezwanie do uzupełniania braków formalnych oferty złożonej na konkurs ofert w sprawie udzielenia zamówienia na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę systemu w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Szpitala Wolskiego oraz przeprowadzenia konkursu ofert na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w przedmiotowym zakresie.

Warszawa, dnia 12.08.2026 r.

Komisja konkursowa powołana uchwałą nr 244/2026 Zarządu Szpitala Wolskiego im. dr Anny Gostyńskiej Spółki z ograniczoną odpowiedzialnością z dnia 05.08.2026 r. **wzywa oferenta do uzupełniania braków** w ofertach złożonych na konkurs ofert na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę systemu w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Szpitala Wolskiego oraz przeprowadzenia konkursu ofert na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w przedmiotowym zakresie.

Do uzupełniania braków w złożonych ofertach zobowiązani są następującego Oferenta:

L.p.	Nazwisko i imię oferenta	Rodzaj stwierdzonego braku	Termin do uzupełnienia
1.	Szymon Lewicki	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. Dokument potwierdzający minimum 3 letnie doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w **jednostkach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego** (potwierdzone zaświadczeniem wystawionym przez kierownika/ordynatora/pielęgniarkę oddziałową itp. komórki organizacyjnej, w której udzielane były świadczenia)	**18.08.2026 r. godz. 12.30**
2.	Kateryna Herasymiuk	1. W związku z informacją złożoną w Mazowieckim Urzędzie Wojewódzkim w Warszawie Wydział Spraw Cudzoziemców w sprawie udzielenia zezwolenia na pobyt rezydenta długoterminowego UE na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej decyzja zostanie podjęta do 20.01.2026 r. prosimy o przedłożenie aktualnej i ważnej decyzji pobytu rezydenta długoterminowego. 2. Dokument potwierdzający minimum 3 letnie doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w **jednostkach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego** (potwierdzone zaświadczeniem wystawionym przez kierownika/ordynatora/pielęgniarkę oddziałową itp. komórki organizacyjnej, w której udzielane były świadczenia) 3. Proszę o uzupełnienie w załączniku nr 3 „OFERTA" Pkt. 10 Oświadcza, iż świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym udzielał/a przez okres ..... lat	**18.08.2026 r. godz. 12.30**

Nieusunięcie braków w podanym powyżej terminie będzie skutkowało odrzuceniem oferty jako nie spełniającej warunków formalnych.

DYREKTOR DS. PIELĘGNIARSTWA

.....

Przewodniczący Komisji konkursowej

Magdalena Sękowska

Magdalena Sękowska