

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 neurologicznym, Klinicznym Oddziale udarowym 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 Klinicznym Oddziale neurologicznym, Klinicznym Oddziale udarowym 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 pielęgniarstwa w zakładzie leczniczym wpisaną do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez 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 Klinicznym Oddziale neurologicznym, Klinicznym Oddziale udarowym oraz innych oddziałach Szpitala Wolskiego,
7. Proponuje wysokość stawki w kwocie**zł brutto** (równoważne z netto) - za jedną godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych.
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. Poświadczony aktualny wydruk z CEIDG **potwierdzający rozpoczęcie działalności najpóźniej w dniu 01.03.2025 r. – zał. nr 1.**
2. Poświadczona kopia dokumentów związanych z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą **potwierdzająca rozpoczęcie działalności leczniczej najpóźniej w dniu 01.03.2025 r.** w zakładzie podmiotu leczniczego prowadzonego przez ORPiP – **zał. nr 2.**
3. Kopie dokumentów dotyczących posiadanych kwalifikacji i uprawnień:
 - dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu mgr lub licencjata lub średniego wykształcenia w dziedzinie pielęgniarstwa oraz
 - aktualne prawo wykonywania zawodu pielęgniarstwa,
 - oraz dodatkowo inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe, w tym specjalizacje i kursy kwalifikacyjne – **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** lub złożone oświadczenie o przedłożeniu polisy **najpóźniej w dniu podpisania umowy –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.**

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).