

## OFERTA

### na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie usług pielęgniarских dla potrzeb Szpitala Powiatowego w Wyrzysku Spółka z o.o.

Imię: .....

Nazwisko: .....

PESEL .....

Zawód .....

Nr prawa wykonywania zawodu.....

NIP: ..... Regon: .....

Pełna nazwa firmy, pod którą oferent prowadzi działalność gospodarczą: .....

.....  
.....

Adres praktyki pielęgniarской: .....

Adres do korespondencji: .....

Telefon: ..... e – mail: .....

Kwalifikacje zawodowe (odpowiednie zaznaczyć):

- a)  wykształcenie średnie medyczne,  
 wykształcenie wyższe medyczne:  licencjat  magister

- b) specjalizacja:  tak  nie

w zakresie: .....

W przypadku podmiotu wykonującego działalność leczniczą zatrudniającego personel pielęgniarский dane dotyczące kwalifikacji zawodowych należy ująć w załączniku nr 3 do SWKO wg powyższego schematu.

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie usług pielęgniarских dla potrzeb Szpitala Powiatowego w Wyrzysku Spółka z o.o., zgodnie z wzorem umowy stanowiącym załącznik nr 2 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.

### **Oferent oświadcza, że:**

- 1) Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert oraz wzorem umowy i nie zgłasza w tym zakresie zastrzeżeń.
- 2) Świadczenia zdrowotne objęte konkursem udzielane będą na terenie działania Szpitala Powiatowego w Wyrzysku Spółka z o.o. w dni robocze oraz w soboty, niedziele i święta w godzinach 7:00 – 19:00 i od 19.00 – 7.00 dnia następnego, zgodnie z ustalonym comiesięcznym harmonogramem świadczenia usług, z zastrzeżeniem, że świadczenie jednego dyżuru nie może przekraczać 24 godzin w ciągłości przez jedną osobę.
- 3) Będzie wykonywał świadczenia zdrowotne objęte przedmiotem konkursu według zaoferowanej ceny.
- 4) Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej i zobowiązuje się do przedłożenia kopii polisy oc na dzień podpisania umowy zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz zapewni ciągłość polisy w trakcie obowiązywania umowy oraz zobowiązuje się niezwłocznie dostarczać kopię nowej polisy.
- 5) Posiada aktualne badania profilaktyczne o braku przeciwwskazań do wykonywania zawodu, badania sanitarno – epidemiologiczne oraz aktualne badanie bhp i ppoż., zapewni ciągłość ww. w trakcie obowiązywania umowy oraz zobowiązuje się niezwłocznie dostarczać kopie aktualnych dokumentów.
- 6) Korzysta z pełni praw publicznych i nie jest karany za przestępstwa popełnione umyślnie (w tym przestępstwa skarbowe).
- 7) Nie jest zawieszony w prawie wykonywania zawodu ani ograniczony w wykonaniu określonych czynności medycznych na podstawie przepisów o zawodach pielęgniarstwa i położnej lub przepisów o Izbach Pielęgniarskich, ukarany karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu oraz pozbawiony możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony w wykonywaniu zawodu stosownym środkiem zapobiegawczym.
- 8) Deklarowana ilość godzin na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie usług pielęgniarstwa dla potrzeb Szpitala Powiatowego w Wyrzysku Spółka z o.o. w miesiącu **w liczbie ..... godz.**
- 9) Posiada uprawnienia niezbędne do wykonania zamówienia objętego przedmiotem konkursu.
- 10) Spełnia warunki określone w art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 r. Nr 112 poz. 654 z późn. zm.).
- 11) Proponuje następujące warunki wynagrodzenia z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie usług pielęgniarstwa dla potrzeb Szpitala Powiatowego w Wyrzysku Spółka z o.o.: ..... **zł brutto (słownie zł: .....)**  
**za 1 godzinę udzielania świadczeń.**

### **Załączniki:**

1. wydruk z CEIDG
2. kopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe (świadectwo ukończenia liceum medycznego, studiów wyższych, zaświadczenia, certyfikaty potwierdzające odbyte kursy zawodowe)

3. kopia prawa wykonywania zawodu (prawo wykonywania zawodu nie może być: zawieszona ani ograniczona w wyniku określonych czynności medycznych na podstawie przepisów o zawodach pielęgniarstwa i położnej lub przepisów o Izbach pielęgniarskich)
4. kopia polisy ubezpieczeniowej oc
5. orzeczenie lekarskie o zdolności do pracy wystawione przez lekarza medycyny pracy
6. zaświadczenie o szkoleniu z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy
7. formularz ofertowy wraz z załącznikami

Oferent zobowiązany jest poświadczyć za zgodność z oryginałem kopie dokumentów pod rygorem odpowiedzialności karnej.

.....  
podpis i pieczęć oferenta

### KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Powiatowy w Wyrzysku Spółka z o.o.
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia postępowania konkursowego na udzielenie świadczeń zdrowotnych zgodnie z Ustawą o działalności leczniczej oraz Ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i przepisów wykonawczych – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a, b, c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
3. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
4. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres zgodny z przepisami.
5. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania a także prawo do cofnięcia zgody, chyba, że przepisy prawa nakazują będą przechowywanie danych osobowych.
6. W przypadku uznania, że Pani/Pana prawa zostały naruszone ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
7. Podanie danych osobowych jest obowiązkowe w oparciu o aktualnie obowiązujące przepisy, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne.
8. Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych Osobowych tel.: 67 210 98 67 e-mail: [iodo@szpitalwyrzysk.pl](mailto:iodo@szpitalwyrzysk.pl)

.....  
Data i czytelny podpis Oferenta