

Załącznik nr 1 do SWKO nr SP/KD.1141-15/2026
z dnia 26.05.2026 r.
na zawarcie umów na świadczenia zdrowotne
w zakresie usług pielęgniarstwa koordynującego Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego
Szpitala Powiatowego w Wyrzysku Sp. z o.o.

OFERTA

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie usług pielęgniarstwa koordynującego Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego dla potrzeb Szpitala Powiatowego w Wyrzysku Spółka z o.o.

1. Dane Oferenta:

A. Podmiot leczniczy

Nazwa i siedziba podmiotu leczniczego

.....

Nr wpisu do rejestru podmiotów leczniczych nr KRS

NIP REGON

Pełnomocnik kontakt tel.

e-mail

Nr polisy ubezpieczeniowej

okres obowiązywania polisy

B. Oferta indywidualna – indywidualna działalność gospodarczą

Imię i nazwisko

adres: kod miejscowość

ulica nr

PESEL NIP REGON

Nazwa praktyki pielęgniarstwa

Nr telefonu

Adres e-mail

Nr polisy ubezpieczeniowej

okres obowiązywania polisy

Nr prawa wykonywania zawodu

Staż pracy jako

Kwalifikacje zawodowe (odpowiednie zaznaczyć):

a) wykształcenie wyższe medyczne: ☐ licencjat ☐ magister

b) specjalizacja: ☐ tak ☐ nie

w zakresie:

W przypadku podmiotu wykonującego działalność leczniczą zatrudniającego personel pielęgniarstwa 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 pielęgniarstwa koordynującego Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego 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) Zapoznał się z treścią „Procedury zgłaszania nieprawidłowości oraz ochrony sygnalistów” obowiązującą w Szpitalu Powiatowym w Wyrzysku Sp. z o.o., umieszczoną na stronie internetowej Szpitala pod adresem: <https://szpital.wyrzysk.pl/procedura-zgloszen-sygnalistow/>
- 3) Świadczenia zdrowotne objęte konkursem udzielane będą na terenie działania Szpitala Powiatowego w Wyrzysku Spółka z o.o. w dni robocze od poniedziałku do piątku w godzinach 7:00 – 14:30, zgodnie z ustalonym comiesięcznie harmonogramem świadczenia usług.
- 4) Będzie wykonywał świadczenia zdrowotne objęte przedmiotem konkursu według zaoferowanej ceny.
- 5) 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.
- 6) Posiada aktualne badania profilaktyczne o braku przeciwwskazań do wykonywania zawodu, badania sanitarno – epidemiologiczne oraz aktualne badanie bhp i ppoż. oraz zapewni ciągłość ww. w trakcie obowiązywania umowy oraz zobowiązuje się niezwłocznie dostarczać kopie aktualnych dokumentów.
- 7) Korzysta z pełni praw publicznych i nie jest karany za przestępstwa popełnione umyślnie (w tym przestępstwa skarbowe) oraz za przestępstwa na tle seksualnym wobec małoletnich.
- 8) 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.
- 9) Deklarowana ilość godzin na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie usług pielęgniarstwa koordynującego Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego dla potrzeb Szpitala Powiatowego w Wyrzysku Spółka z o.o. w miesiącu **w liczbie godz.**
- 10) Posiada uprawnienia niezbędne do wykonania zamówienia objętego przedmiotem konkursu.
- 11) Spełnia warunki określone w art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2026 r. poz. 156).
- 12) Proponuje następujące warunki wynagrodzenia z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie usług pielęgniarstwa koordynującego Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego dla potrzeb Szpitala Powiatowego w Wyrzysku Spółka z o.o.: **zł brutto (słownie zł:)** **za 1 godzinę udzielania świadczeń.**
- 13) Wyrażam zgodę na przetwarzanie wyżej podanych moich danych osobowych w celu przeprowadzenia niniejszego postępowania konkursowego.

- 14) Wyraża zgodę na umieszczenie w ogłoszeniu Udzielającego zamówienia o rozstrzygnięciu konkursu ofert danych Oferenta zgodnie z art. 151 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Załączniki:

1. kopia wpisu do rejestru podmiotów działalności leczniczej
2. wydruk z CEIDG
3. kopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe (świadczenie ukończenia studiów wyższych, dyplom specjalizacji, zaświadczenia, certyfikaty potwierdzające odbyte kursy zawodowe)
4. kopia prawa wykonywania zawodu (prawo wykonywania zawodu nie może być: zawieszone ani ograniczone w wyniku określonych czynności medycznych na podstawie przepisów o zawodach pielęgniarstwa i położnej lub przepisów o Izbach pielęgniarskich)
5. kopia polisy ubezpieczeniowej oc
6. orzeczenie lekarskie o zdolności do pracy i do celów sanitarno-epidemiologicznych wystawione przez lekarza medycyny pracy
7. zaświadczenie o niekaralności z kartoteki karnej oraz kartoteki nieletnich
8. zaświadczenie o szkoleniu z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy

Oferent, który świadczy usługi na rzecz Udzielającego zamówienia i od tego czasu nie nastąpiły okoliczności wpływające na zmianę treści dokumentów złożonych uprzednio, Udzielający zamówienia zwalnia oferenta z obowiązku składania dokumentów wymienionych w pkt. 1 – 8, będących w posiadaniu Udzielającego zamówienia, pod warunkiem uzyskania w Dziale Kadr potwierdzenia stanowiącego załącznik nr 4 do SWKO, iż dokumenty te znajdują się w aktach Udzielającego Zamówienia.

Oświadczenia i dokumenty złożone w języku obcym powinny być przetłumaczone przez tłumacza przysięgłego. Kserokopia tekstu tłumaczenia wraz z kserokopią dokumentu oryginalnego należy dołączyć do oferty.

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 udzielanie 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 nakazywać 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 obligatoryjne w oparciu o aktualnie obowiązujące przepisy, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne.
8. Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych Osobowych: e-mail: iodo@szpitalwyrzysk.pl

**Oświadczenie
o państwie lub państwach zamieszkania w ciągu ostatnich 20 lat**

Ja, niżej popisana/-y,

numer PESEL

oświadczam, że:

* nie zamieszkiwałam/-em w ostatnich 20 latach w innych państwach niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa.

* zamieszkiwałam/-em w okresie ostatnich 20 lat w następujących państwach, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa:

1.
2.

Jestem świadoma/-y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(data i czytelny podpis)

*Niepotrzebne skreślić

Na podstawie art. 21 ust. 5, ust. 7 i ust. 8 Ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (t.j. Dz. U. z 2023, poz. 1304 j.t. z późn. zm.)

Jeżeli osoba zamieszkiwała w innym państwie niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa jest zobowiązany przedłożyć zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu Karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu Karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r. poz. 172 oraz z 2022 r. poz. 2600), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.

**Oświadczenie
w przypadku braku informacji z rejestru karnego**

Ja, _____, niżej _____, popisana/-y _____,

numer PESEL _____

oświadczam, że:

- prawo w państwie mojego obywatelstwa, tj. _____ [podać nazwę państwa/państw], nie przewiduje sporządzenia informacji z rejestrów karnych lub nie prowadzi się tam rejestru karnego;
- prawo _____ w państwie, _____ w którym zamieszkiwałem/am, tj. _____ [podać nazwę państwa/państw], nie przewiduje sporządzenia informacji z rejestrów karnych lub nie prowadzi się tam rejestru karnego.

Jednocześnie oświadczam, że nie byłam/-em prawomocnie skazana/-y w żadnym z wyżej wymienionych państw za czyny zabronione odpowiadające przestępstwu określonym w rozdziałach XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.

Dodatkowo oświadczam, że:

- Nie wydano wobec mnie żadnego orzeczenia, w którym stwierdzono, iż dopuściłam/-em się wyżej wymienionych czynów zabronionych.
- Nie ma obowiązku wynikającego z orzeczenia sądu, innego uprawnionego organu lub ustawy stosowania się do zakazu zajmowania wszelkich lub określonych stanowisk, wykonywania wszelkich lub określonych zawodów albo działalności, związanych z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem, świadczeniem porad psychologicznych, rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizacją innych zainteresowań przez małoletnich, lub z opieką nad małoletnimi.

Jestem świadoma/-y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

(data i czytelny podpis)

Na podstawie art. 21 ust. 5, ust. 7 i ust. 8 Ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (t.j. Dz. U. z 2023, poz 1304 j.t. z późn. zm.)