

.....  
miejsowość /data

**NR POSTĘPOWNIA 3/2024**

**O f e r t a**  
**na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę/położną \***  
**w .....**  
**w SPZZOZ w Lipsku**

IMIĘ i NAZWISKO / NAZWA OFERENTA\*

Adres do korespondencji .....

Nr Regon ..... Numer NIP .....

Wpis do CEIDG **TAK / NIE** (właściwe zakreślić)

Nr prawa wykonywania zawodu .....

Specjalizacja .....

Tel. kontaktowy: ..... e-mail: .....

**PRZEDMIOTEM NINIEJSZEJ OFERTY JEST:**

**UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W WARIANTACH:**

- Umowy kontraktowej na udzielanie świadczeń zdrowotnych pielęgniarki/położnej\*
- Umowy zlecenia na udzielanie świadczeń zdrowotnych pielęgniarki/położnej\*

w siedzibie Udzielającego zamówienia zgodnie z projektem umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.

**PROponuję następującą stawkę należności za udzielanie świadczenia:**

**Cena jednostkowa (brutto) za 1 godz. udzielania świadczeń zdrowotnych**

**Deklarowana ilość godzin na tydzień w dni powszednie, w dni wolne od pracy, niedziela i święta**

**OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:**

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert, w tym wzorem umowy.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem udzielać będzie w siedzibie Udzielającego zamówienie w Komórkach organizacyjnych .....
3. Zobowiązuje się do osobistego udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem zamówienia w pełnym zakresie od dnia ..... r. do dnia ..... r.
4. Zobowiązuje się do posiadania przez cały okres trwania umowy aktualnej umowy ubezpieczenia OC.



5. Zobowiązuje się do posiadania przez cały okres trwania umowy aktualnej umowy ubezpieczenia w zakresie profilaktycznego leczenia poekspozycyjnego ze styczności z ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV, do której może dojść w trakcie wykonywania czynności zawodowych).
6. Zobowiązuje się do posiadania przez cały okres trwania umowy aktualnego orzeczenia lekarza medycyny pracy o zdolności do wykonywania świadczeń zdrowotnych.
7. Dysponuje własną odzieżą ochronną niezbędną do wykonywania świadczeń zdrowotnych.
8. Wyraża zgodę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych przy użyciu sprzętu i aparatury medycznej stanowiącej wyposażenie SPZZOZ w Lipsku.
9. Wyraża zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych: imienia, nazwiska, adresu, nr telefonu oraz danych dotyczących wykonywania zawodu, dla celów realizacji tej umowy.
10. Nie jest zatrudniony w SPZZOZ w Lipsku w ramach umowy o pracę/ lub zobowiązuje się rozwiązać umowę o pracę przed zawarciem umowy w wyniku niniejszego konkursu\* *(niewłaściwe skreślić)*
11. Akceptuje szczegółowe warunki konkursu ofert oraz warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienie dla potrzeb niniejszego konkursu, jednocześnie wyrażam zgodę na wprowadzenie w umowie zmian, które zostaną uzgodnione na etapie negocjacji.

Oferent zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji dotyczących Udzielającego Zamówienia, o których dowiedział się w związku z przystąpieniem do niniejszego konkursu, a których ujawnienie stanowiłoby czyn nieuczciwej konkurencji.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w mojej ofercie dla potrzeb niezbędnych do przeprowadzenia aktualnego konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Lipsku zgodnie z Rozporządzeniem 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 (RODO) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

**ZALĄCZNIKI** (niewłaściwe skreślić):

1. Kserokopie dokumentów potwierdzających wpis do rejestrów: podmiotów wykonujących działalność leczniczą, CEIDG.
2. Kserokopie dokumentów potwierdzających ukończone kursy, specjalizacje,
3. Kserokopia dyplomu potwierdzającego wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarki/położnej,
4. Kserokopia aktualnego prawa wykonywania zawodu.
5. Kserokopia polisy OC lub pisemne oświadczenie o zobowiązaniu do jej przedstawienia przed podpisaniem umowy.
6. Kserokopia ubezpieczenia w zakresie profilaktycznego leczenia poekspozycyjnego ze styczności z ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV), do którego może dojść w trakcie wykonywania czynności zawodowych lub pisemne oświadczenie o zobowiązaniu do jej przedstawienia przed podpisaniem umowy.
7. Kserokopia orzeczenia lekarza medycyny pracy o zdolności do udzielania świadczeń zdrowotnych lub pisemne oświadczenie o zobowiązaniu do jego przedstawienia przed podpisaniem umowy.
8. Kserokopia aktualnego zaświadczenia o szkoleniu BHP, a w przypadku wykonywania usług w narażeniu na działanie pola elektromagnetycznego – również aktualnego zaświadczenia o szkoleniu BHP w zakresie obsługi urządzeń wytwarzających pole elektromagnetyczne (tzw. w.cz.) lub pisemne oświadczenie o zobowiązaniu do jego przedstawienia przed podpisaniem umowy.
9. Informacja z Krajowego Rejestru Sądowego 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.

.....  
Data i podpis Oferenta