

..... dnia .....

pieczęćka Oferenta

## OFERTA

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Klinicznym Oddziale Pediatrii Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, w zakresie świadczenia usług pielęgniarских zwanych dalej „świadczenia zdrowotne”, na podstawie umowy zlecenia**

**Znak: KOSZ/Z/3/2023**

### **I. DANE OFERENTA**

1. Imię i nazwisko Oferenta .....
2. Adres z kodem .....
3. PESEL .....
4. Nr prawa wykonywania zawodu .....
5. Nr dokumentu specjalizacji / Specjalizacja .....
6. tel. .... e-mail .....

### **II. PRZEDMIOT OFERTY**

1. Oferuję wykonywanie świadczeń zdrowotnych w **Klinicznym Oddziale Pediatrii SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym**, w zakresie usług pielęgniarских zwanych dalej „świadczenia zdrowotne”, zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia stanowiącym Załącznik nr 2 do SWKO, na zasadach określonych w SWKO oraz umowie zlecenia, której wzór stanowi Załącznik nr 3 do SWKO.
2. Oświadczam, że posiadam wszystkie odpowiednie uprawnienia do wykonywania zawodu pielęgniarки/pielęgniарzа, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami oraz, że prawo do wykonywania zawodu nie zostało zawieszone.
3. Oświadczam, że posiadam badania lekarskie niezbędne do wykonywania świadczeń zdrowotnych.
4. Oświadczam, że oferowane świadczenia będą wykonywane przeze mnie osobiście, na poziomie zgodnym z przyjętymi u Zamawiającego standardami oraz z uwzględnieniem aktualnej wiedzy medycznej, z zachowaniem przepisów sanitarnych, p.poż., BHP.
5. Oświadczam, że wyrażam zgodę na upublicznienie moich danych osobowych (imię i nazwisko) w rozstrzygnięciu konkursu ofert na stronie internetowej Zamawiającego.

### **III. WARTOŚĆ OFERTY**

Oferuję cenę:

1. liczba proponowanych godzin miesięcznie: .....  
 - ..... **zł brutto za 1 (jedną) godzinę** udzielania świadczeń zdrowotnych  
**w Klinicznym Oddziale Pediatrii SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym,**

wyszczególnionych w Załączniku nr 2 do SWKO, według zatwierdzonego przez Udzielającego Zamówienia harmonogramu realizacji świadczeń.

#### **IV. ISTOTNE WARUNKI UMOWY**

1. Oświadczam, że akceptuję i nie zgłaszam zastrzeżeń do postanowień zawartych we wzorze umowy zlecenia, stanowiącym Załącznik nr 3 do SWKO i zobowiązuję się do zawarcia umowy na wskazanych warunkach i w terminie określonym przez Zamawiającego.
2. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych **min.** ..... godzin w miesiącu, w terminach wyznaczonych wg harmonogramu ustalonego przez Zamawiającego.

#### **V. POTWIERDZENIE SPEŁNIENIA WYMOGÓW KONKURSU**

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz ogólnymi warunkami umowy zlecenia i nie zgłaszam zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że w okresie ostatnich pięciu lat poprzedzających termin składania ofert w niniejszym konkursie SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym nie rozwiązał ze mną umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych z przyczyn leżących po mojej stronie.
3. Termin ważności oferty wynosi 30 dni od terminu składania ofert.

#### **ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY**

1. kserokopia prawa wykonywania zawodu pielęgniarstwa/pięlegniarza,
2. kserokopia dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje zawodowe, w tym dyplom zawodowy pielęgniarstwa/pięlegniarza,
3. kserokopia dokumentów potwierdzających doświadczenie zawodowe, zgodnie z Załącznikiem nr. 2 do SWKO,
4. aktualnego orzeczenie lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań i zdolności do realizacji świadczeń zdrowotnych oraz aktualne zaświadczenie o szkoleniu w zakresie BHP,
5. oświadczenie oferenta, że kopie złożone w ofercie są zgodne z posiadanymi oryginałami,
6. CV.

\_\_\_\_\_  
*podpis osoby umocowanej do reprezentowania Oferenta*

Znak: KOSZ/Z/3/2023

## **OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

Przedmiotem konkursu jest:

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w **Klinicznym Oddziale Pediatrii** SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym w zakresie **świadczenia usług pielęgniarских** zwanymi dalej „świadczenia zdrowotne
2. Świadczenia będą realizowane w oparciu o przepisy prawa obowiązujące w podmiotach leczniczych, Regulamin organizacyjny SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, przepisy BHP i przepisy wydawane przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Nadzór nad wykonywanymi świadczeniami sprawuje Pielęgniarka Oddziałowa poszczególnego oddziału oraz Naczelną Pielęgniarka.
3. Świadczenia zdrowotne mogą wykonywać pielęgniarki posiadające:
  - dyplom zawodowy pielęgniarki/pielęgniara,
  - prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniara,
  - co najmniej roczne doświadczenie w zawodzie pielęgniarki/pielęgniara,
  - preferowane: kursy i szkolenia mające zastosowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych,
  - preferowane: specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego,
  - preferowane: szkolenie z przetaczania krwi i jej składników.
4. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odbywać się będzie na terenie SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, według harmonogramów ustalanych w cyklu miesięcznym przez Zamawiającego.
5. Udzielanie świadczeń odbywać się będzie w szczególności w następujących jednostkach:
  - w Klinicznym Oddziale Pediatrii SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym
6. Czas wykonania świadczeń: **od 01.12.2023 r. do 30.11.2024 r.**