

O F E R T A

**NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ PIELEŃNIARKI
W ZAKRESIE NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ
W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ W WARCE
W OKRESIE OD DNIA 01 PAŹDZIERNIKA 2023 R. DO DNIA 30 WRZEŚNIA 2024 R.**

1. Imię i nazwisko Przyjmującego Zamówienie:

.....
2. Nazwa (firma) Przyjmującego Zamówienie określona w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (jeżeli dotyczy):

.....
3. Numer NIP Przyjmującego Zamówienie:

.....
4. Numer REGON Przyjmującego Zamówienie (jeżeli dotyczy):

.....
5. Adres Przyjmującego Zamówienie:

.....
6. Adres do korespondencji Przyjmującego Zamówienie:

.....
7. Telefon, FAX (jeżeli posiada), adres e-mail Przyjmującego Zamówienie:

.....
8. Oferowana wysokość zryczałtowanej stawki brutto¹ za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w normalne dni robocze pielęgniarek:

¹ Wskazana stawka wynagrodzenia jest stawką brutto, tzn. zawiera wszelkie składniki wynagrodzenia do których pobrania i odprowadzenia zobowiązany jest Udzielający Zamówienia, w szczególności podatki i wszelkie składki na ubezpieczenie społeczne. W tych przypadkach, gdy zgodnie z obowiązującymi przepisami Udzielający Zamówienia w związku z wypłatą wynagrodzenia na rzecz Przyjmującego Zamówienie zobowiązany będzie jako płatnik do naliczenia dodatkowej składki ZUS (składki finansowanej przez płatnika), w celu ułatwienia rozliczeń, umowa jako stawkę za jedną godzinę świadczenia usług stanowiącą podstawę do określenia wynagrodzenia należnego Przyjmującemu Zamówienie wskazywała będzie stawkę jednostkową ustaloną jako różnica pomiędzy stawką za jedną godzinę świadczenia usług wskazaną w ofercie złożonej przez Przyjmującego Zamówienie („stawka ofertowa”), a kwotą naliczonej od tej stawki ofertowej składki na ubezpieczenie społeczne finansowanej przez Udzielającego Zamówienia jako płatnika. Wskazana stawka jest stawką ryczałtową i uwzględnia wszelkie składowe wynagrodzenia należnego pielęgniarkom zgodnie z obowiązującymi przepisami, w tym ewentualne wynikające z przepisów wynagrodzenie dodatkowe.

9. Oferowana liczba godzin udzielania przez pielęgniarki świadczeń zdrowotnych w miesiącu kalendarzowym²:

1) Zaznacz właściwe:

- 1) do 56 godzin
- 2) od 57 do 80 godzin
- 3) od 81 do 156 godzin

UWAGA: Jedna pielęgniarka nie może udzielać świadczeń zdrowotnych w ilości większej niż 156 godzin w miesiącu kalendarzowym.

10. Staż pracy pielęgniarek w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej³:

- 1) bez stażu/ do 2 lat
- 2) powyżej 2 do 3 lat
- 3) powyżej 3 lat

UWAGA: Jeżeli w wykazie pielęgniarek udzielających świadczeń zdrowotnych przedstawionym przez Przyjmującego Zamówienie wskazane zostaną pielęgniarki o różnych stażach pracy Przyjmujący Zamówienie określając kryteria kwalifikacji wskazuje najkrótszy staż pracy posiadany przez pielęgniarki przez niego wskazane, a w przypadku, gdy chociaż jedna z pielęgniarek nie posiada stażu pracy w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej wskazuje "bez stażu/ do 2 lat".

11. Oświadczam, że:

- a) Zapoznałem/-am się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, wzorem umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych i materiałami informacyjnymi oraz, że nie wnoszę w tym zakresie jakichkolwiek zastrzeżeń,
- b) Akceptuję Szczegółowe Warunki Konkursu Ofert oraz warunki umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych zaproponowane przez Udzielającego Zamówienia,
- c) Wszystkie załączone do niniejszej oferty dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym,
- d) Spełniam wszystkie warunki określone dla podmiotu wykonującego działalność leczniczą w przepisach ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,⁴
- e) Zobowiązuję się do wykonywania usług z należytą starannością swego działania wymaganą od profesjonalisty i przy zastosowaniu aktualnie obowiązujących metod,
- f) W przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się dostarczyć Udzielającemu Zamówienie najpóźniej na 2 dni robocze przed upływem określonego w SWKO terminu na zawarcie umowy następujących dokumentów:

² Należy zaznaczyć właściwe.

³ Należy zaznaczyć właściwe.

⁴ Tylko jeżeli dotyczy – w pozostałych przypadkach postanowienia te należy wykreślić.

- kopię zaświadczenia o wpisie do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarskich we właściwej Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych,⁵
- kopię dokumentu potwierdzającego objęcie mnie ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej, na warunkach określonych w przepisach dotyczących obowiązkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej pielęgniarek, obejmującego w szczególności odpowiedzialność z tytułu zakażenia chorobami zakaźnymi, w tym ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV).

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że w przypadku niewykonania powyższego obowiązku Udzielający Zamówienie uprawniony będzie do nie zawarcia ze mną umowy na udzielanie świadczeń objętych przedmiotem konkursu, i nie będą mi w takim przypadku przysługiwały z tego tytułu jakiegokolwiek roszczenia wobec Udzielającego Zamówienia

- g) w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się najpóźniej w terminie 14 dni od daty zawarcia ze mną umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych:
- uzyskać wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym stanowi Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2023 r. poz. 991 ze zm.), zgodnie z którym Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Warce ujawniony zostanie w tym rejestrze jako miejsce udzielania przeze mnie świadczeń zdrowotnych,⁶
 - przedstawić Udzielającemu Zamówienia kopie dokumentów polisy aktualnego ubezpieczenia w zakresie następstw zakażenia się ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV), obejmującego w szczególności profilaktyczne leczenie ze styczności z wirusem HIV, do której może dojść w trakcie wykonywania świadczeń zdrowotnych w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Warce,
- h) umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych będę realizował/-a zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz wytycznymi Narodowego Funduszu Zdrowia,
- i) zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji dotyczących Udzielającego Zamówienia, o których dowiedziałem się w związku z przystąpieniem do niniejszego konkursu, a których ujawnienie stanowiłoby czyn nieuczciwej konkurencji,
- j) znane są mi przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2023 r. poz. 991 ze zm.) oraz ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2023 r. poz. 1230 ze zm.),

⁵ Tylko jeżeli dotyczy osoby prowadzącej działalność gospodarczą - w pozostałych przypadkach postanowienie te należy wykreślić.

⁶ Tylko jeżeli dotyczy osoby prowadzącej działalność gospodarczą - w pozostałych przypadkach postanowienia te należy wykreślić.

- k) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. 2019 poz. 1781 ze zm.) na potrzeby konkursu oraz umowy zawartej w jego wyniku,
- l) będę związany/-a niniejszą ofertą przez okres _____ dni od daty upływu terminu składania ofert.

data, czytelny podpis Przyjmującego Zamówienie

ZAŁĄCZNIKI⁷:

- 1) kopia zaświadczenia o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej ,
- 2) kopia prawa wykonywania zawodu,
- 3) kopia dokumentu potwierdzającego posiadanie stażu pracy w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej,
- 4) kopia/-e dokumentu/-ów potwierdzającego ukończenie kursu/-ów kwalifikacyjnego,
- 5) oświadczenia Przyjmującego Zamówienie że wyraża zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu pielęgniarki i specjalizacji, numeru telefonu stacjonarnego i komórkowego wyłącznie dla celów umowy, oraz imienia, nazwiska oraz miejscowości zamieszkania do celów konkursu.

data, czytelny podpis Przyjmującego Zamówienie

⁷ Należy wykreślić załączniki, które nie są składane.