

## **O F E R T A**

**NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ PIELEŃNIARKI  
W ZAKRESIE PODSTAWOWEJ 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 brutto<sup>1</sup> za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych<sup>2</sup>:**

---

<sup>1</sup> 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

- 1) pielęgniarstwo rodzinne: ..... złotych brutto;
- 2) pielęgniarstwo w środowisku nauczania i wychowania: ..... złotych brutto.

**9. Oferowany zakres świadczeń – zaznacz właściwe:**

- a) pielęgniarstwo rodzinne i pielęgniarstwo w środowisku nauczania i wychowania,
- b) pielęgniarstwo rodzinne,
- c) pielęgniarstwo w środowisku nauczania i wychowania.

**10. Oferowana liczba godzin udzielania przez pielęgniarki świadczeń zdrowotnych w miesiącu kalendarzowym – zaznacz/uzupełnij właściwe<sup>3</sup>:**

- 1) pielęgniarstwo rodzinne:
  - a) do 36 godzin
  - b) od 37 do 100 godzin
  - c) powyżej 100 godzin, tj.: ..... godzin  
*UWAGA: W przypadku zaznaczenia pkt. c) Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest wskazać konkretną liczbę oferowanych godzin świadczenia usług w miesiącu kalendarzowym nie większą jednak niż \_\_\_\_\_ godzin.*
- 2) pielęgniarstwo w środowisku nauczania i wychowania:
  - a) do 36 godzin
  - b) od 37 do 100 godzin
  - c) powyżej 100 godzin, tj.: ..... godzin  
*UWAGA: W przypadku zaznaczenia pkt. c) Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest wskazać konkretną liczbę oferowanych godzin świadczenia usług w miesiącu kalendarzowym nie większą jednak niż \_\_\_\_\_ godzin.*

**11. Staż pracy pielęgniarek w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej - zaznacz właściwe:**

- a) bez stażu/ do 2 lat
- b) powyżej 2 do 3 lat
- c) 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".*

---

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.

<sup>2</sup> W przypadku, gdy oferta składana jest tylko na jeden rodzaj świadczeń zaznacza się/uzupełnia tylko punkt właściwy dla tego świadczenia wykreślając w całości punkt dotyczący drugiego z rodzaju świadczeń - ten na który oferta nie jest składana.

<sup>3</sup> W przypadku, gdy oferta składana jest tylko na jeden rodzaj świadczeń zaznacza się/uzupełnia tylko punkt właściwy dla tego świadczenia wykreślając w całości punkt dotyczący drugiego z rodzaju świadczeń - ten na który oferta nie jest składana.

## 12. Oświadczam, że:

- a) Zapoznałam/-em 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,<sup>4</sup>
- 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:
  - kopię zaświadczenia o wpisie do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarskich we właściwej Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych,<sup>5</sup>
  - 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

---

<sup>4</sup> Tylko jeżeli dotyczy – w pozostałych przypadkach postanowienia te należy wykreślić.

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

zostanie w tym rejestrze jako miejsce udzielania przeze mnie świadczeń zdrowotnych,<sup>6</sup>

- 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 realizowała/-ł 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.),
- 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. z 2019 r. poz. 1781 z późn. 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*

### **ZAŁĄCZNIKI<sup>7</sup>:**

- 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 lekarza i

---

<sup>6</sup> Tylko jeżeli dotyczy osoby prowadzącej działalność gospodarczą – w pozostałych przypadkach postanowienia te należy wykreślić.

<sup>7</sup> Należy wykreślić załączniki, które nie są składane.

specjalizacji, numeru telefonu stacjonarnego i komórkowego wyłącznie dla celów umowy, oraz imienia, nazwiska oraz miejscowości zamieszkania do celów konkursu.

---

---

*data, czytelny podpis Przyjmującego Zamówienie*