

**OFERTA**  
**NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**  
**W ZAKRESIE OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ**

Przedmiot konkursu:

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki pielęgniarskiej w **Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii** zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienia na świadczenia zdrowotne określonego rodzaju wykonywane całą dobę na podstawie harmonogramu komórki organizacyjnej.
2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki pielęgniarskiej na **Bloku Operacyjnym** zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienia na świadczenia zdrowotne określonego rodzaju wykonywane całą dobę na podstawie harmonogramu komórki organizacyjnej.
3. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki pielęgniarskiej w **Oddziale Kardiologii** zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienia na świadczenia zdrowotne określonego rodzaju wykonywane całą dobę na podstawie harmonogramu komórki organizacyjnej.
4. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki pielęgniarskiej w **Oddziale Chorób Wewnętrznych** zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienia na świadczenia zdrowotne określonego rodzaju wykonywane całą dobę na podstawie harmonogramu komórki organizacyjnej.

**Udzielający zamówienia:**

Szpital Ogólny im. dr Witolda Gineła w Grajewie,  
ul. Konstytucji 3 Maja 34  
19-200 Grajewo  
NIP 19-13-61-728  
REGON 450666822

**Dane o Oferencie:**

nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą .....

Imię i nazwisko.....

adres siedziby: .....

PESEL.....NIP.....REGON .....

numer telefonu ..... e-mail .....

1. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia na zasadach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert wraz z załącznikami w terminie 12 miesięcy.
2. Oferuję wykonywanie przedmiotu zamówienia w ramach (właściwie zaznaczyć )

**Części 1** – Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki pielęgniarskiej w **Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii** zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienia na świadczenia zdrowotne określonego rodzaju wykonywane całą dobę na podstawie harmonogramu komórki organizacyjnej.

**Części 2** – Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki pielęgniarskiej na **Bloku Operacyjnym** zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienia na świadczenia zdrowotne określonego rodzaju wykonywane całą dobę na podstawie harmonogramu komórki organizacyjnej.

**Część 3** – Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki pielęgniarskiej w **Oddziale Kardiologii** zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienia na świadczenia zdrowotne określonego rodzaju wykonywane całą dobę na podstawie harmonogramu komórki organizacyjnej.

**Część 4** – Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki pielęgniarskiej w **Oddziale Chorób Wewnętrznych** zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienia na świadczenia zdrowotne określonego rodzaju wykonywane całą dobę na podstawie harmonogramu komórki organizacyjnej.

Znak postępowania: KO 20/22

- za wynagrodzenie w wysokości określonej w Cenniku, stanowiącym załącznik nr 3 do oferty.

3. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert (SKWO) oraz nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
4. Oświadczam, iż spełniam warunki udziału w konkursie opisane w SKWO.
5. Oświadczam, że niniejsza oferta wiąże mnie przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
6. Załącznikami do oferty są:
  - a) Formularz ofertowy, sporządzony wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 1 do SWKO,
  - b) Cennik Oferenta, obejmujący ceny za udzielanie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem zamówienia, sporządzony wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 3 do SWKO,
  - c) Oświadczenie Oferenta, sporządzone wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 2 do SWKO,
  - d) Klauzula Informacyjna, sporządzona wg wzoru stanowiącego Załącznik nr 4 do SWKO,
  - e) zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej/ wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej\*,
  - f) pełnomocnictwo\*,
  - g) dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe, prawo wykonywania zawodu pielęgniarki,
  - h) aktualne orzeczenie lekarskie, potwierdzające zdolność do pracy oraz potwierdzające brak przeciwwskazań do pracy w warunkach promieniowania jonizującego,\*
  - i) umowa ubezpieczenia OC podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenie zdrowotne,

\*Niepotrzebne skreślić

Podpis(y):

l.p.	Nazwisko i imię Oferenta lub osoby (osób) upoważnionej(ych) do reprezentowania Oferenta	Podpis(y) Oferenta lub osoby(osób) upoważnionej(ych) do reprezentowania Oferenta	Miejscowość i data
1)			

## OŚWIADCZENIE OFERENTA

Przedmiot konkursu:

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki pielęgniarskiej w **Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii** zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienia na świadczenia zdrowotne określonego rodzaju wykonywane całą dobę na podstawie harmonogramu komórki organizacyjnej.
2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki pielęgniarskiej na **Bloku Operacyjnym** zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienia na świadczenia zdrowotne określonego rodzaju wykonywane całą dobę na podstawie harmonogramu komórki organizacyjnej.
3. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki pielęgniarskiej w **Oddziale Kardiologii** zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienia na świadczenia zdrowotne określonego rodzaju wykonywane całą dobę na podstawie harmonogramu komórki organizacyjnej.
4. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki pielęgniarskiej w **Oddziale Chorób Wewnętrznych** zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienia na świadczenia zdrowotne określonego rodzaju wykonywane całą dobę na podstawie harmonogramu komórki organizacyjnej.

**Udzielający zamówienia:**

Szpital Ogólny im. dr Witolda Gineła w Grajewie,  
ul. Konstytucji 3 Maja 34  
19-200 Grajewo  
NIP 19-13-61-728  
REGON 450666822

1. Zapoznałem / zapoznałam\* się z treścią ogłoszenia i Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert dotyczącego konkursu na udzielenie ww. świadczeń zdrowotnych i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
2. Zapoznałem / zapoznałam\* się z projektem umowy przygotowanym przez Udzielającego zamówienie i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
3. Jestem / nie jestem\* pracownikiem Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.  
W przypadku wybrania mojej oferty w postępowaniu konkursowym zobowiązuję się do rozwiązania umowy o pracę przed zawarciem umowy na wykonywanie świadczeń zdrowotnych.
4. Oświadczam, że zapewnię ciągłość, kompleksowość, dostępność, jakość udzielanych świadczeń.
5. Oświadczam, że nie zawarłem / nie zawarłam\* jako świadczeniodawca umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych z Narodowym Funduszem Zdrowia wykonując działalność leczniczą.

\*Niepotrzebne skreślić

Podpis(y):

l.p.	Nazwisko i imię Oferenta lub osoby (osób) upoważnionej(ych) do reprezentowania Oferenta	Podpis(y) Oferenta lub osoby(osób) upoważnionej(ych) do reprezentowania Oferenta	Miejscowość i data
1)			

**CENNIK OFERENTA**

Przedmiot konkursu:

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki pielęgniarstwa w **Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii** zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienia na świadczenia zdrowotne określonego rodzaju wykonywane całą dobę na podstawie harmonogramu komórki organizacyjnej.
2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki pielęgniarstwa na **Bloku Operacyjnym** zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienia na świadczenia zdrowotne określonego rodzaju wykonywane całą dobę na podstawie harmonogramu komórki organizacyjnej.
3. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki pielęgniarstwa w **Oddziale Kardiologii** zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienia na świadczenia zdrowotne określonego rodzaju wykonywane całą dobę na podstawie harmonogramu komórki organizacyjnej.
4. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki pielęgniarstwa w **Oddziale Chorób Wewnętrznych** zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienia na świadczenia zdrowotne określonego rodzaju wykonywane całą dobę na podstawie harmonogramu komórki organizacyjnej.

**Udzielający zamówienia:**

Szpital Ogólny im. dr Witolda Gineła w Grajewie,  
ul. Konstytucji 3 Maja 34  
19-200 Grajewo  
NIP 19-13-61-728

Lp.	Zakres zadań Oferenta	Cena jednostkowa brutto zł
1.	<b>Część 1</b> - Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki pielęgniarstwa w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii	Wynagrodzenie godzinowe - .....zł
2.	<b>Część 2</b> - Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki pielęgniarstwa na Bloku Operacyjnym	Wynagrodzenie godzinowe - .....zł
3.	<b>Część 3</b> - Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki pielęgniarstwa w Oddziale Kardiologii	Wynagrodzenie godzinowe - .....zł
4.	<b>Część 4</b> - Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki pielęgniarstwa w Oddziale Chorób Wewnętrznych	Wynagrodzenie godzinowe - .....zł

\*Należy wypełnić tylko w ramach tych części, co do których składana jest Oferta. Pozostałe pola należy przekreślić.

Podpis(y):

I.p.	Nazwisko i imię Oferenta lub osoby (osób) upoważnionej(ych) do reprezentowania Oferenta	Podpis(y) Oferenta lub osoby(osób) upoważnionej(ych) do reprezentowania Oferenta	Miejscowość i data
1)			

## Klauzula informacyjna

Treść klauzuli
<p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Ogólny im. dr Witolda Gineła w Grajewie,</li> <li>2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych - iod@szpital-grajewo.pl</li> <li>3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia Pani/Pani oferty w postępowaniu o udzielenie zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych, na podstawie art. 6 ust c) lit. 1c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. W przypadku wyboru Pani/Pana oferty w postępowaniu Pani/Pana dane będą przetwarzane w celu realizacji umowy- na podstawie art. 6 ust 1 lit. b) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.</li> <li>4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą podmioty, którym dane zostały powierzone i organy publiczne z wyjątkiem organów publicznych, które mogą otrzymywać dane osobowe w ramach konkretnego postępowania zgodnie z prawem Unii lub prawem państwa członkowskiego,</li> <li>5) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji celu określonego w pkt 3, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa oraz przez przepisy wewnętrzne administratora</li> <li>6) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania</li> <li>7) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego</li> <li>8) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże odmowa podania danych będzie skutkować odmową rozpatrzenia Pani/Pana oferty oraz odmową zawarcia umowy</li> <li>9) Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.</li> </ol>

I.p.	Nazwisko i imię Oferenta lub osoby (osób) upoważnionej(ych) do reprezentowania Oferenta	Podpis(y) Oferenta lub osoby(osób) upoważnionej(ych) do reprezentowania Oferenta	Miejscowość i data
1)			

