



Przebieg pracy zawodowej .....

(wpisać bank i nr konta)

1. Poświadczone kopie dokumentów (dyplomy, prawo wykonywania zawodu pielęgniarki, posiadana specjalizacja, zaświadczenie o odbycie specjalizacji, karta szkolenia specjalizacyjnego w przypadku odbywania specjalizacji, przebieg pracy zawodowej, certyfikaty potwierdzające umiejętności w zakresie wykonywania świadczeń o których mowa w przedmiocie zamówienia);
2. Aktualny wpis do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, z wpisem adresu miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych (do czasu podpisania umowy),
3. Aktualny wpis do właściwego Krajowego Rejestru Sadowego lub wyciąg z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej,
4. Aktualną polisę ubezpieczenia na kwotę wymagana Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. 2019 r.poz.866),
5. Kopię aktualnego orzeczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do świadczenia usług w ramach świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu;
6. Zaświadczenie o ochronie radiologicznej pacjenta (jeżeli danego Oferenta dotyczy),
7. Kopię aktualnego zaświadczenia o ukończeniu szkolenia BHP;
8. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie tj. „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” oraz projektem umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń;
9. Nie jestem podmiotem polegającym na wykluczeniu w rozumieniu art.7 ustawy z dnia 13.04.2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspierania agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz.U. 2022 poz.835);
10. Oświadczam, że jestem ubezpieczony/a za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, zgodnie

z art. 25 ust. 1 pkt. 1) ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej w wysokości określonej w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą oraz, że ubezpieczenie to będzie kontynuowane przez cały okres realizacji zamówienia lub Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy niebędącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą, udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej oraz, że ubezpieczenie to będzie kontynuowane przez cały okres realizacji zamówienia;

11. Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia;
12. Oświadczam, że jestem związany ofertą w terminie 90 dni od terminu na składanie ofert.
13. Inne.....

.....  
miejscowość i data

.....  
podpis i pieczęć oferenta

## **II. OFERTA SZCZEGÓŁOWA**

### **Oferent oświadcza, że:**

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi Warunkami Konkursów Ofert” oraz projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w Warszawie w miejscu wskazanym w umowie przez Udzielającego zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Zamawiającego.
3. zarejestrowaną w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą/rejestr, indywidualnej lub indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarskiej, zgodnie z danymi wymienionym na wstępie niniejszej oferty.
4. Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie osobiście.
5. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC).
6. Posiada wpis w księdze Rejestrowej o Rodzaju Działalności Leczniczej i Praktyki Zawodowej z wpisem adresu miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych.
7. Posiada uprawnienia i kwalifikacje wynikające z dokumentów załączonych do oferty.
8. Oferuję dyspozycyjność do udzielenia świadczeń zdrowotnych w placówkach **(zaznaczyć wybrane):**
  - I. przy ul. Nowowiejskiej 31
  - II. przy ul. Nowowiejskiej 5

O wyborze miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych decydują aktualne potrzeby Udzielającego zamówienia i strony ustalają miejsce zgodnie z umową. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do zmiany harmonogramu świadczeń medycznych w zależności od potrzeb kadrowych lub wielkości kontraktu.

Dni Tygodnia	od ...do..	Poradnia ul.....	od....do...	Gabinet ul.....	Od.....do.....
Poniedziałek					
Wtorek					
Środa					
Czwartek					
Piątek					
Przeciętna liczba godzin					

Zamawiający ma prawo do wyboru określonych godzin wskazanych powyżej (umieszczonych w tabelce). Kryteria wyboru ofert dotyczy tylko tych godzin w których Udzielający zamówienia ma potrzeby do zapewnienia udzielania świadczeń w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia. Wybrane oferty nie powodują automatycznie, iż wszystkie godziny bądź przedział godzin zostaną wybrane. Dokładny harmonogram (dni i godz.) udzielania świadczeń zdrowotnych zostanie ustalony z Naczelną Pielęgniarką.

9. Nie jest podmiotem polegającym wykluczeniu polegającym wykluczeniu w rozumieniu art.7 ustawy z dnia 13.04.2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspierania agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego ( Dz.U. 2022 poz. 835).

10. Przyjmując do wiadomości, iż świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz łączności Udzielającego zamówienia, oświadczam, że za realizację zamówienia oczekuję należności (brutto) wg następującej kalkulacji oraz akceptuje następujący system wynagradzania:

<p>Świadczenia w ramach Medycyny Pracy i Wojskowych Komisji Lekarskich/ w ramach kontraktu z NFZ</p> <p><u>w zakresie pielęgniarstwa</u></p> <p>ul. Nowowiejska 31 Nowowiejska 5</p> <p>Liczba pielęgniarek 1 - 5</p>	<p>Wartość za 1 godzinę pracy świadczeń pielęgniarstkich ..... zł (nie więcej niż 70,00 zł brutto).*</p> <p><i>Deklaruję minimalną ilość godzin w miesiącu ..... udzielania świadczeń pielęgniarstkich</i> <i>Deklaruję maksymalną ilość godzin w miesiącu ..... udzielania świadczeń pielęgniarstkich</i></p> <p><u>Wymagane:</u> *Zabezpieczenie udzielania świadczeń zdrowotnych minimum 6 godz., maksimum 12 godz. dziennie, w tym 1x w godzinach popołudniowych, minimalna ilość godzin w miesiącu 100, maksymalna ilość godzin w miesiącu 120 oraz wskazane posiadanie kursów/szkoleń:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) kurs specjalistyczny/szkolenie z zakresu wykonywania i interpretacji zapisu EKG,</li> <li>2) kurs specjalistyczny/szkolenie z zakresu wykonywania badania audiometrycznego,</li> <li>3) kurs specjalistyczny/szkolenie z zakresu wykonywania badania spirometrycznego,</li> <li>4) kurs specjalistyczny/szkolenie z zakresu wykonywania szczepień ochronnych,</li> <li>5) kurs specjalistyczny/szkolenie z zakresu wykonywania RKO,</li> <li>6) kurs leczenia ran.</li> </ol>
---	--

**Ceny podane w formularzu ofertowym, są cenami niezmiennymi, obowiązującymi do końca trwania umowy. Ceny nie podlegają zmianie ani negocjacji .**

11. Przyjmujący zamówienie dokonuje podpisania umowy zgodnie z treścią szczegółowych istotnych warunków zamówienia.
12. Z wybranym Oferentem zostanie podpisana umowa na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodna w treści ze wzorem załączonym do SWKO w terminie: **od 01.03.2024 r. do 28.02.2025 r.**
13. Podmioty gospodarcze posiadające na dzień składania ofert umowę kontraktową o udzielanie świadczeń zdrowotnych ze Specjalistyczną Przychodnią Lekarską dla Pracowników Wojska SPZOZ w Warszawie biorące udział w postępowaniu będą mogły podpisać nową umowę, jeżeli złożona obecnie oferta będzie korzystniejsza dla Przychodni pod względem finansowym i zabezpieczenia świadczeń.
14. W przypadku, gdy Przyjmujący Zamówienie ma ważną umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych, której termin i zakres pokrywałyby się z niniejszą umową i postanowienia niniejszej umowy są korzystne lub neutralne dla Udzielającego zamówienia w stosunku do tej ważnej umowy, to Strony postanawiają, że umowa Nr..... z dnia .....rozwiązuje się w całości na mocy porozumienia stron w przeddzień rozpoczęcia obowiązywania niniejszej umowy tj. z dniem.....r.
15. W przypadku, gdy Przyjmujący Zamówienie ma ważną umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych, której termin i zakres pokrywałyby się z niniejszą umową i postanowienia niniejszej umowy są niekorzystne dla Udzielającego zamówienia w stosunku do tej ważnej umowy, to Strony postanawiają, że umowa niniejsza zaczyna obowiązywać po dniu wygaśnięcia obowiązywania umowy Nr ..... z dnia.....tj. niniejsza umowa zaczyna obowiązywać z dniem.....r.

16. Strony umowy mogą w drodze porozumienia stron zmienić umowę pod warunkiem, że zmiana będzie korzystna lub neutralna dla Udzielającego zamówienia. Zmiana może dotyczyć również zwiększenia ilości punktów do wykonania przez Przyjmującego zamówienie, jeżeli z analizy Udzielającego zamówienia wynikać będzie, że jest to zmiana neutralna lub korzystna dla Udzielającego zamówienia, a środki zabezpieczone na wykonanie umowy znajdują się w planie finansowym i brak jest przesłanek do ogłoszenia dodatkowych konkursów, ze względu na czas konieczności wykonania dodatkowych punktów lub brak dodatkowych miejsc u Udzielającego zamówienia na wykonanie świadczeń lub godzin w których mogą być wykonywane lub też prognozę, że na ogłoszony dodatkowy konkurs nikt najprawdopodobniej się nie zgłosi lub ceny zaproponowane będą wyższe niż w przedmiotowym konkursie. Art. 27 ust.5 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. leczniczej o działalności leczniczej ( Dz. U. z 2022 r., poz. 633, z późn. zm.) stosuje się odpowiednio. Cena jednostkowa za punkt lub badanie nie może zostać podwyższona przez cały czas obowiązywania umowy.

17. W przypadku, w której Przyjmujący zamówienie ma zawartą inną ważną umowę z Udzielającym zamówienia na wykonywanie świadczeń zdrowotnych dopuszcza się wykonywanie niniejszej umowy również w godzinach wskazanych w poprzednio zawartej ważnej umowie, której termin obowiązywania częściowo lub całkowicie pokrywa się niniejszą umową, pod warunkiem oświadczenia przez Przyjmującego zamówienie w ofercie, że wykonywanie niniejszej umowy nie wpłynie niekorzystnie na wykonanie poprzednio zawartej umowy i Przyjmujący zamówienie jest w stanie wykonać zobowiązania z obydwu umów, zgodnie z przepisami, w tym zgodnie z zapisami tych umów. W przypadku gdy Przyjmujący zamówienie został wybrany w postępowaniu dotyczącym niniejszej umowy i złożył powyższe oświadczenie, dopuszcza się wykonywanie obydwu umów i przepisów o wyborze jednej z umów wskazanych w ust. 16 i 17 nie stosuje się.

### **III. OŚWIADCZENIE PRZYJMĄCEGO ZAMÓWIENIE o zapoznaniu się z przepisami prawnymi.**

1. *Oświadczam, że zapoznałem(łam) się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy i nie zgłaszam do nich zastrzeżeń.*
2. *Jestem gotowy(a) do realizacji świadczeń podanych w ofercie w okresie wskazanym w ogłoszeniu.*
3. *Jestem związany(a) niniejszą ofertą przez okres 90 dni od daty upływu terminu składania ofert.*
4. *Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych dot. imienia i nazwiska, Prawa wykonywania zawodu, specjalizacji, numerów telefonu stacjonarnego i komórkowego, e - mail przez SPL dla PW SPZOZ w Warszawie dla potrzeb bieżącego konkursu ofert i realizacji umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Przychodni.*
5. *Oświadczam, że w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu wskazanego w ofercie w SPL dla PW SPZOZ w Warszawie nie udzielam innych świadczeń zdrowotnych, których wykonywanie kolidowałoby z harmonogramem udzielania przez mnie świadczeń w Przychodni.*
6. *Oświadczam, że nie toczy się przeciw mnie postępowanie dotyczące odpowiedzialności zawodowej przed sądami lekarskimi za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki i deontologii zawodowej oraz za naruszenie przepisów o wykonywaniu zawodu pielęgniarki\*.*

7. *Oświadczam, że wyrażam/nie wyrażam zgody na doręczanie przez Komisję Konkursową oświadczeń i zawiadomień za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej na adres e-mail wskazanym w formularzu ofertowym, bez zachowania wymogów dotyczących bezpiecznego podpisu elektronicznego w rozumieniu ustawy z dnia 18 września 2001 r. o podpisie elektronicznym (Dz. U. z 2013 r. poz. 262 z późn. zm.).*
8. *Oświadczam, iż przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych, dostarczę polisę ubezpieczeniową i będę ją utrzymywał przez cały okres trwania umowy z Udzielającym Zamówienia.*
9. *Oświadczam, że dane zawarte we wniosku podałem/am zgodnie z prawdą. Jeżeli ulegną one zmianie, zobowiązuję się poinformować o nich Udzielającego Zamówienia.*
10. *Oświadczam, że w ramach prowadzonej praktyki pielęgniarskiej świadczę usługi dla ludności i samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i ZUS-em.*

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis i pieczęć Oferenta)

