

Staż pracy (w tym w zawodzie pielęgniarki)

.....

Przebieg pracy zawodowej

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Płatność za wykonanie usługi dokonywana będzie w formie przelewu na konto bankowe:

.....

(wpisać bank i nr konta)

Do niniejszej oferty załączam wymagane w warunkach zamówienia dokumenty i oświadczenia jako załączniki:

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 Sądowego lub wyciąg z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej**,
4. Aktualną polisę OC lub oświadczenie o zamiarze zawarcia umowy ubezpieczenia OC w przypadku wyboru oferty i do dostarczenia kopii polisy, o której mowa powyżej w nieprzekraczalnym terminie do dnia podpisania umowy,
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 w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy

w terminie i miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia;

11. Oświadczam, że jestem związany ofertą w terminie 30 dni od terminu na składanie ofert.

12. 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. Prowadzi działalność leczniczą 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 wskazanych przez Udzielającego zamówienia tj. przy ul. Nowowiejskiej 31, przy ul. Nowowiejskiej 5, przy ul. Kartezjusza 2

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.

Dni Tygodnia	w okresie 15-18.07.2025	w okresie 22-25.07.2025
Wtorek		
Środa		
Czwartek		
Piątek		
Przeciętna liczba godzin		

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.

Udzielający zamówienia ma prawo do wyboru określonych godzin wskazanych powyżej (umieszczonych w tabelce). 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:

Świadczenia w ramach Wojskowych Komisji Lekarskich <u>w zakresie pielęgniarstwa</u>	<ol style="list-style-type: none"> Należność za 1 godzinę udzielania świadczeń pielęgniarstwach zł Należność za gotowość do udzielania świadczeń pielęgniarstwach w przypadku braku zleceń wykonania świadczeń pielęgniarstwach w danym dniu: za 1 godzinę <p><i>Deklaruję ilość godzin udzielania świadczeń pielęgniarstwach w okresie umownym (liczba godzin dziennie x liczba dni (max. 8 dni))</i></p> <p><u>Wymagane:</u> *Zabezpieczenie udzielania świadczeń zdrowotnych: 10 godz. dziennie w godzinach 7.00 – 17.00, ilość godzin w okresie umownym: 80 godzin.</p>
--	---

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 **15.07.2025 do 27.07.2025 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. 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 2025 r. poz. 450) stosuje się odpowiednio. Cena jednostkowa za punkt lub badanie nie może zostać podwyższona przez cały czas obowiązywania umowy.

15. 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, stanowiące **załącznik nr 5** do umowy, dopuszcza się wykonywanie obydwu umów i przepisów o wyborze jednej z umów wskazanych w ust. 14 i 15 nie stosuje się.

16. W przypadku oferentów będących osobami fizycznymi, gdy z Oświadczenia złożonego przez oferenta, stanowiącego załącznik nr 1 do Formularza ofertowego wynikać będzie, iż oferent – zgodnie z ustawą z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (tj. Dz. U. z 2024 r., poz. 497 z późn. zm.) podlega obowiązkowo lub dobrowolnie ubezpieczeniom społecznym z tytułu zawarcia umowy z Udzielającym zamówienia – za cenę świadczenia uznaje wskazaną w ofercie wysokość stawki brutto **wraz z doliczonymi, składkami na ubezpieczenia społeczne, wypadkowe oraz Fundusz Pracy** do których zapłaty zobowiązany będzie Udzielający zamówienia, z tytułu umowy zawartej z Oferentem.

III. OŚWIADCZENIE PRZYJMUJĄCEGO 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 30 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)

*niepotrzebne skreślić

** jeżeli dotyczy

OŚWIADCZENIE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE – OSOBY FIZYCZNEJ **

dla celów zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego
(dotyczy Oferentów przystępujących do postępowania konkursowego jako osoba fizyczna)

1. Dane osobowe

Nazwisko..... imiona 1 2

Data urodzenia..... Miejsce urodzenia

Nazwisko rodoweObywatelstwo

PESEL NIP

Nr karty stałego pobytu (dla obcokrajowców)*

2. Adres zamieszkania

Województwo Powiat Gmina

Ulica Nr domu Nr mieszkania

Miejscowość Kod pocztowy Poczta

3. Adres do korespondencji (gdy adres do korespondencji nie jest tożsamy z miejscem zamieszkania)

Województwo Powiat Gmina

Ulica Nr domu Nr mieszkania

Miejscowość Kod pocztowy Poczta

4. Urząd skarbowy (właściwy do przekazania rocznej informacji o dochodach i pobranych zaliczkach na podatek dochodowy PIT-11)

Nazwa i adres

5. Oświadczenie dla celów powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego

5.1. Właściwy oddział Narodowego Funduszu Zdrowia

5.2. jestem emerytem ☐ tak ☐ nie

jestem rencistą ☐ tak ☐ nie

5.3. posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności ☐ tak ☐ nie

jeśli wpisano TAK określić orzeczony stopień niepełnosprawności

6. Oświadczenie dla celów powszechnego ubezpieczenia społecznego

6.1. DOTYCZY/NIE DOTYCZY (niewłaściwe przekreślić. Jeśli DOTYCZY, wypełnić poniżej)

Oświadczam, iż jestem objęty/a ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym z tytułu (właściwe zakreślić znakiem X):

- ☐ Stosunku pracy
- ☐ Członkostwa w spółdzielni produkcyjnej lub kółek rolniczych
- ☐ Stosunku służby w WP, Policji, UOP, SG, PSW, SW, SC
- ☐ Wykonywania umowy zlecenia na rzecz innego zleceniodawcy
- ☐ Prowadzenie pozarolniczej działalności gospodarczej na własne nazwisko
- ☐ Wykonywania pracy nakładczej
- ☐ Z innego tytułu (określić tytuł

Równocześnie oświadczam, iż podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne emerytalne i rentowe z określonego przeze mnie tytułu w przeliczaniu na okres miesiąca jest **NIŻSZA** / **RÓWNA** / **WYŻSZA** od kwoty minimalnego wynagrodzenia.

Jednocześnie oświadczam, że nie przebywam na urlopie bezpłatnym ☐ tak ☐ nie

Jednocześnie oświadczam, że nie przebywam na urlopie wychowawczym ☐ tak ☐ nie

6.2. DOTYCZY/NIE DOTYCZY (niewłaściwe przekreślić, jeśli DOTYCZY, wypełnić poniżej)

Oświadczam, iż jestem studentem/ucznem szkoły ponadpodstawowej i nie ukończyłem 26 lat.

Nazwa uczelni

.....
.....

Nr legitymacji.....

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Zobowiązuję się do poinformowania Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej dla Pracowników Wojska Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Warszawie w przypadku zmiany w/w danych w terminie 7 dni od daty zaistnienia zmiany.

Miejscowość i data

Podpis

Oświadczenie Oferenta**

Oświadczam, że jestem stroną umowy zawartej z Specjalistyczną Przychodnią Lekarską dla Pracowników Wojska Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Warszawie w dniu o nr której termin obowiązywania częściowo/całkowicie* pokrywa się z niniejszą umową z dnianr..... . Oświadczam, że wykonanie niniejszej umowy z dnianr nie wpłynie niekorzystnie na wykonanie uprzednio zawartej umowy i jestem w stanie wykonać zobowiązania z obydwu umów, zgodnie z przepisami, w tym zgodnie z zapisami obydwu wyżej wymienionych umów.

** niepotrzebne skreślić*

*** jeżeli dotyczy*

.....

Podpis Oferenta

podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia ofert