

OGŁOSZENIE O KONKURSIE OFERT
(Nr SPZOZ.KD.PIEL.2.2024)
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ
WE WŁODAWIE
AL. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 64
22-200 WŁODAWA
Tel. 797 702 705, Fax 82 57 24 170

ogłasza konkurs ofert na zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne obejmujące:

- 1) udzielanie pielęgniarskich świadczeń zdrowotnych w Oddziałach Szpitalnych i Izbie Przyjęć w SP ZOZ we Włodawie
1. Czas trwania umowy – od daty jej zawarcia do dnia 31.10.2026 r. z możliwością przedłużenia o kolejne 12 miesięcy.
2. Przewidywany termin rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych – 01.10.2024 r.
3. Data ogłoszenia konkursu: 16.09.2024 r.
4. Materiały informacyjne i szczegółowe warunki konkursu ofert, zawierające formularz oferty i projekt umowy, można uzyskać w Dziale Kadr SP ZOZ we Włodawie, Al. Józefa Piłsudskiego 64, 22-200 Włodawa, tel. 797 704 886 lub na stronie internetowej szpitala: www.spzoz.wlodawa.pl.
5. Ofertę należy przesłać na adres e-mail: sekretariat@spzoz.wlodawa.pl plikiem zaszyfrowanym lub złożyć w zamkniętej kopercie, w formie pisemnej, na formularzu proponowanym przez Udzielającego Zamówienia, do dnia **24.09.2024 r.**, do godziny 09.00, w Sekretariacie Dyrekcji SP ZOZ we Włodawie.
6. Otwarcie ofert odbędzie się w siedzibie Udzielającego Zamówienia w dniu **25.09.2024 r. o godzinie 13.00** (sala konferencyjna przy Sekretariacie Dyrekcji SP ZOZ we Włodawie).
7. Termin związania ofertą – 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.
8. Miejsce i termin rozstrzygnięcia konkursu – Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej we Włodawie, do 14 dni od upływu terminu składania ofert.
9. Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej we Włodawie zastrzega sobie prawo do przesunięcia terminu składania ofert, odwołania konkursu bez podania przyczyny, przeprowadzenia dodatkowych negocjacji z oferentami, a także zamknięcia konkursu bez wyboru którejkolwiek z ofert.


Dyrektor
SP ZOZ we Włodawie
Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włodawie
Elżbieta Korszta

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej we Włodawie
Al. Józefa Piłsudskiego 64, 22-200 Włodawa
e-mail: sekretariat@spzoz.wlodawa.pl
Tel. 797 702 705, Fax 28 57 24 170

Podstawa prawna: Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r., poz. 991 z późn. zm.) oraz ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r., poz. 146.).

Postępowanie konkursowe nr: SPZOZ.KD.PIEL.2.2024

MATERIAŁY INFORMACYJNE

I SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT (MI)

na zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne obejmujące udzielanie:

- 1) Pielęgniarskich świadczeń zdrowotnych w Oddziałach Szpitalnych i Izbie Przyjęć w SP ZOZ we Włodawie

I. OBOWIĄZKI OFERENTA I SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERTY

1. Oferta, traktowana jako całość, przygotowana na koszt Oferenta, musi być złożona w formie pisemnej, czytelnie, w języku polskim, na udostępnionym „Formularzu oferty” wraz ze wszystkimi wymaganymi załącznikami i kserokopiami dokumentów, zgodnie z warunkami określonymi w niniejszych MI. Formularz oferty stanowi Załącznik Nr 1 do niniejszych MI.
2. Oferta oraz wszystkie wymagane dokumenty nie będące oryginalnymi dokumentami, muszą być podpisane i potwierdzone „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta.
3. Wszelkie zmiany lub poprawki w tekście oferty muszą być parafowane własnoręcznie przez Oferenta.
4. Ofertę wraz ze wszystkimi załącznikami, na kolejno ponumerowanych stronach, opatrzoną danymi Oferenta, należy umieścić w zaklejonej kopercie oznaczonej:

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej we Włodawie

Al. Józefa Piłsudskiego 64, 22-200 Włodawa

„Oferta na udzielanie pielęgniarskich świadczeń zdrowotnych

*w Oddziale **

*– ZADANIE NR **

Ilość stron (określić ile stron zawiera złożona oferta)”.

** wpisać właściwe*

5. W celu prawidłowego przygotowania oferty Oferent powinien zapoznać się z miejscem wykonywania zamówienia oraz zadać wszelkie niezbędne w tym zakresie pytania.
6. Dokumenty wchodzące w skład oferty nie podlegają zwrotowi.
7. Projekt umowy, stanowiący załącznik nr 2 do MI jest integralną częścią niniejszej dokumentacji i zapisy w nim zawarte traktuje się jako warunki udzielenia zamówienia na świadczenia zdrowotne.
8. Szpital dopuszcza składanie ofert częściowych na poszczególne zadania.

II. WARUNKI KWALIFIKACYJNE WYMAGANE OD PRZYJMUJĄCYCH ZAMÓWIENIE

1. Do konkursu ofert mogą przystąpić:
 - 1) podmioty wykonujące działalność leczniczą spełniające wymagania, o których mowa w art. 26 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r., poz. 295 z późn. zm.), dysponujące pielęgniarkami/pielęgniarzami o kwalifikacjach określonych w pkt. 2) poniżej,
 - 2) pielęgniarki wykonujące działalność leczniczą, o których mowa w art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r., poz. 295 z późn. zm.) o następujących kwalifikacjach (posiadający odpowiednią specjalizację, kurs (lub będące w trakcie specjalizacji), wymaganą przy udzielaniu świadczeń na odpowiednim oddziale szpitalnym, zgodnie z wymogami Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia), tj.:
 - posiadające aktualne prawo wykonywania zawodu;
 - kurs z zakresu krwiodawstwa i krwiolecznictwa dla pielęgniarek i położnych dokonujących przetaczania krwi i jej składników;
 - aktualne szkolenie RKO (raz w roku).
2. Świadczenia będące przedmiotem postępowania konkursowego mogą być udzielane przez osoby wykonujące zawód pielęgniarki lub podmioty dysponujące osobami wykonującymi zawód pielęgniarki, spełniającymi dodatkowe wymagania:
 - 1) posiadanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki,
 - 2) posiadanie wpisu do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą,
 - 3) posiadanie wpisu do właściwego rejestru w zakresie prowadzonej działalności: Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej/ KRS.
3. Oferent zobowiązuje się posiadać i przedstawić na żądanie Szpitala następujące dokumenty:
 - 1) zaświadczenie lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań do wykonywania pielęgniarskich świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową,
 - 2) aktualne zaświadczenie o szkoleniu BHP.
4. Oferent nie może być zatrudniony na podstawie umowy o pracę w SP ZOZ we Włodawie w czasie wykonywania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego postępowania. Oferent nie może wykazać osób, za pośrednictwem których będzie świadczył usługę i które są jednocześnie zatrudnione na podstawie umowy o pracę w Szpitalu.
5. Oferta powinna zawierać następujące dokumenty:
 - 1) formularz oferty podpisany przez Oferenta - zgodnie z załącznikiem nr 1 do MI,
 - 2) odpis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
 - 3) aktualne zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej/KRS,
 - 4) kopia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki przyznanego przez odpowiednią Izbę Pielęgniarską, które nie uległo zawieszeniu oraz nie zostało ograniczone w zakresie wykonywania określonych czynności medycznych/kopie praw wykonywania zawodu pielęgniarki przyznanego przez odpowiednią Izbę Pielęgniarską, które nie uległo zawieszeniu oraz nie zostało ograniczone w zakresie wykonywania określonych czynności medycznych – w przypadku podmiotu dysponującego pielęgniarkami,
 - 5) kopia dyplomu pielęgniarki/ kopie dyplomów pielęgniarki – w przypadku podmiotu dysponującego pielęgniarkami,

- 6) kopia dyplomu specjalizacji/kopie dyplomów specjalizacji - w przypadku podmiotu dysponującego pielęgniarkami,
- 7) umowę spółki cywilnej, jeżeli działalność gospodarcza jest prowadzona w formie spółki cywilnej.

III. ZAKRES PRZEDMIOTOWY KONKURSU OFERT

1. Udzielanie całodobowych pielęgniarskich świadczeń zdrowotnych w SP ZOZ we Włodawie odbywać się będzie we wszystkie dni tygodnia zgodnie z miesięcznym indywidualnie ustalonym harmonogramem.
2. Miejscem udzielania pielęgniarskich świadczeń zdrowotnych będzie **SP ZOZ we Włodawie**
3. Pielęgniarskie świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Udzielającego Zamówienie.
4. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odbywać się będzie z należytą starannością zgodnie z zasadami wiedzy pielęgniarskiej i obowiązującymi standardami w danej dziedzinie medycyny na zasadach wynikających z Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i innych obowiązujących przepisów prawa.
5. Oferent zagwarantuje niezmienność cen przez okres trwania umowy, z zastrzeżeniem, że w przypadku zmiany sytuacji finansowej Szpitala, w szczególności wskutek braku finansowania lub zmniejszenia przez NFZ wartości umowy w poszczególnych zakresach, strony dopuszczają możliwość zmiany wynagrodzenia za udzielanie świadczeń zdrowotnych. Zmiany te mogą być wprowadzone po przeprowadzeniu negocjacji, w drodze pisemnego aneksu, za porozumieniem stron.

IV. HARMONOGRAM UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

1. Świadczenia zdrowotne, o których mowa w rozdz. III będą udzielane na podstawie harmonogramu ustalonego przez Oddziałową/Kierownika Oddziału we Włodawie w SP ZOZ we Włodawie.
2. Harmonogram podlega zatwierdzeniu przez Pielęgniarkę Naczelną.
3. Szpital przedstawi, najpóźniej do 25-go dnia danego miesiąca harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych na miesiąc następny uwzględniając harmonogramy pracy z innych placówek w których są zatrudnione (wymagane w celu dostosowania pracy w SP ZOZ we Włodawie).
4. Harmonogram, o którym mowa w niniejszym Rozdziale może być zmieniony przez Szpital w trakcie trwania umowy. O zmianie Oferent zostanie poinformowany.
5. Oferent zobowiązany jest do zgłoszenia gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych, według przedłożonych harmonogramów.
6. W przypadku potrzeb Szpitala, Oferent zobowiązany jest do wykonywania świadczeń zdrowotnych w innych komórkach medycznych Szpitala wskazanych na piśmie przez Szpital ze wskazaniem miejsca, czasu i harmonogramu ich udzielania.

V. UBEZPIECZENIE

1. Oferent zobowiązany jest do zawarcia umowy ubezpieczenia OC, zgodnie z rozporządzeniem wydanym na podstawie art. 25 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej.
2. Ubezpieczeniem OC ma być objęta odpowiedzialność cywilna Oferenta na świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone przez działanie lub zaniechanie

ubezpieczonego, w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, podczas udzielania tych świadczeń, w których następstwie została wyrządzona szkoda.

3. Ubezpieczenie OC ma obejmować wszystkie szkody w zakresie, o którym mowa wyżej, bez możliwości umownego ograniczenia przez zakład ubezpieczeń wypłaty odszkodowań.
4. Obowiązek ubezpieczenia OC powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień, od którego Oferent na świadczenia zdrowotne obowiązany jest, na podstawie umowy o udzielenie zamówienia, do udzielania świadczeń zdrowotnych.
5. Minimalna suma gwarancyjna ubezpieczenia OC – zgodnie z rozporządzeniem wydanym na podstawie art. 25 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej.
6. Kwota, o której mowa w pkt 5 jest ustalana przy zastosowaniu kursu średniego euro ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski po raz pierwszy w roku, w którym umowa ubezpieczenia OC została zawarta.

VI. TERMIN I MIEJSCE WYKONANIA UMOWY

1. Oferent zobowiązuje się do zawarcia umowy na czas określony, tj. od dnia podpisania umowy do 31.10.2026 r. z możliwością przedłużenia o kolejne 12 miesięcy.
2. Świadczenia zdrowotne objęte przedmiotem umowy będą wykonywane w siedzibie Szpitala i na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włodawie wobec nieokreślonej liczby osób do nich uprawnionych, w tym świadczeń zdrowotnych na rzecz osób kierowanych przez podmioty/instytucje, z którymi Szpital zawarł umowę na udzielanie świadczeń zdrowotnych.

VII. KRYTERIA OCENY, JAKIM BĘDĄ PODLEGAŁY SKŁADANE OFERTY

Przy wyborze oferty komisja konkursowa będzie kierować się następującymi kryteriami oceny:

- 1) Pielęgniarskich świadczeń zdrowotnych w Oddziałach Szpitalnych i Izbie Przyjęć w SP ZOZ we Włodawie

| L.p. | KRYTERIUM | RANGA |
|------|-----------|-------|
| 1 | Cena | 100% |

2. Wartość punktowa ceny będzie obliczona wg wzoru:

$$X_c = \frac{C_n}{C_{of}} \times R \times 100$$

gdzie:

X_c – wartość punktowa ceny

C_n – najniższa proponowana cena

C_{of} – cena oferty badanej

R – ranga – wartość procentowa za to kryterium

1. Cenę oferty stanowi cena brutto.
2. Cenę oferty należy rozumieć jako koszt całkowity uwzględniający kalkulację elementów należności i opłaty dodatkowe, jakie ponosi Oferent w ramach przyjętej umowy na świadczenia zdrowotne.
3. W przypadku ofert z równą ceną Szpital wybierze oferty kierując się kolejno następującymi kryteriami:
 - 1) Wyższy stopień kwalifikacji;

- 2) Posiadanie doświadczenia zawodowego – pracy w oddziale objętym przedmiotem oferty.
4. Szpital zastrzega sobie prawo wyboru ofert w ilości potrzebnej do właściwego zabezpieczenia udzielania świadczeń zdrowotnych.

VIII. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT

1. Ofertę w zapieczętowanej kopercie opatrzonej danymi jak w rozdz. I ust. 4 niniejszych MI należy przesłać lub złożyć do dnia **24.09.2024 r. do godziny 09.00** w Sekretariacie Dyrekcji Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włodawie, Al. Józefa Piłsudskiego 64, 22-200 Włodawa.
2. Decydujące znaczenie ma data wpływu do Szpitala, a nie data nadania oferty przesyłką listowną lub kurierską. Oferta złożona po terminie zostanie odrzucona i zwrócona Oferentowi bez otwierania.
3. Celem dokonania zmian bądź poprawek – Oferent może wycofać wcześniej złożoną ofertę i złożyć ją ponownie, pod warunkiem zachowania wyznaczonego w MI terminu składania ofert.
4. Wybór drogi pocztowej do przesłania oferty następuje na ryzyko Oferenta, a zatem winien we własnym interesie, w taki sposób przygotować przesyłkę, aby w maksymalnym stopniu zapobiec jej uszkodzeniu w czasie transportu.

IX. ODRZUCENIE OFERTY

1. Odrzuca się ofertę:
 - 1) złożoną przez Oferenta po terminie;
 - 2) zawierającą nieprawdziwe informacje;
 - 3) jeżeli Oferent nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanej liczby lub ceny świadczeń zdrowotnych;
 - 4) jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia;
 - 5) jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów;
 - 6) jeżeli Oferent złożył ofertę alternatywną;
 - 7) jeżeli Oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez Szpital w niniejszych MI;
 - 8) złożoną przez Oferenta, z którym w okresie 5 lat poprzedzających ogłoszenie postępowania została rozwiązana przez Szpital umowa na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie lub rodzaju odpowiadającym przedmiotowi ogłoszenia, bez zachowania okresu wypowiedzenia z przyczyn leżących po stronie Oferenta.
2. W przypadku, gdy Oferent nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne, komisja konkursowa wzywa Oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty. Wezwanie to będzie mieć formę pisemną i zostanie odnotowane w protokole.

X. TRYB UDZIELANIA WYJAŚNIEŃ DOTYCZĄCYCH MATERIAŁÓW INFORMACYJNYCH

1. Oferent może zwracać się do Szpitala o wyjaśnienia dotyczące wszelkich wątpliwości związanych z MI, sposobem przygotowania oferty, kierując zapytanie osobiście lub na piśmie w okresie nie późniejszym niż 3 dni przed dniem otwarcia ofert.
2. Osobą uprawnioną do kontaktu jest:
 - 1) Elżbieta Zalewska, Katarzyna Kozłowska – Pracownik Działu Kadr w SP ZOZ we Włodawie, tel. 797 704 886,

XI. TRYB WPROWADZANIA ZMIAN DO MATERIAŁÓW INFORMACYJNYCH

1. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, przed upływem terminu składania ofert, Szpital może zmienić lub zmodyfikować niniejsze MI oraz zakres świadczeń objętych postępowaniem konkursowym. Kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców są jawne i nie podlegają zmianie w toku postępowania.
2. O każdej zmianie lub modyfikacji Szpital zawiadomi niezwłocznie każdego z uczestników postępowania konkursowego oraz zamieści informacje na swojej stronie internetowej.
3. W przypadku, gdy wymagana zmiana lub modyfikacja będzie istotna, Szpital może przedłużyć termin do składania ofert.

XII. TERMIN, DO KTÓREGO OFERENT BĘDZIE ZWIĄZANY OFERTĄ

1. Oferent pozostaje związany ofertą przez okres 30 dni.
2. Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert.
3. Oferent na wniosek Szpitala może przedłużyć termin związania ofertą.

XIII. MIEJSCE, TERMIN, TRYB OTWARCIA ORAZ OCENA OFERT

1. Komisyjne otwarcie ofert nastąpi na posiedzeniu komisji konkursowej, które odbędzie się w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej we Włodawie, przy Al. Józefa Piłsudskiego 64 (sala konferencyjna przy Sekretariacie Dyrekcji SP ZOZ we Włodawie) w dniu **25.09.2024 r. o godzinie 13:00**.
2. Do chwili otwarcia ofert Szpital przechowuje je w stanie nienaruszonym w swojej siedzibie.
3. Komisja konkursowa, przystępując do rozstrzygnięcia konkursu ofert, dokonuje kolejno następujących czynności:
 - 1) stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę otrzymanych ofert;
 - 2) otwiera koperty z ofertami;
 - 3) ustala, które z ofert spełniają warunki określone w niniejszych materiałach informacyjnych;
 - 4) odrzuca oferty nieodpowiadające warunkom wskazanym w MI lub podlegające odrzuceniu zgodnie z rozdziałem IX niniejszych MI;
 - 5) wybiera najkorzystniejszą ofertę albo nie przyjmuje żadnej z ofert.
4. Komisja konkursowa może przeprowadzić negocjacje z wybranym Oferentem przy udziale Dyrektora w zakresie warunków złożonej oferty, w tym zaoferowanej stawki wynagrodzenia.
Negocjacje przeprowadza się z Oferentem, którzy spełniają warunki określone w niniejszych MI.

XIV. ROZSTRZYgniĘCIE KONKURSU

1. Termin rozstrzygnięcia konkursu: do 14 dni od upływu terminu składania ofert. W szczególnych przypadkach Szpital może przesunąć termin rozstrzygnięcia konkursu ofert.
2. Miejsce rozstrzygnięcia konkursu: Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej we Włodawie, Al. Józefa Piłsudskiego 64, 22-200 Włodawa (sala konferencyjna w Sekretariacie Dyrekcji).
3. Wyniki konkursu obowiązują po ich zatwierdzeniu przez Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włodawie.

4. Szpital zawiadomi niezwłocznie wszystkich Oferent ogłaszając wyniki konkursu na stronie internetowej szpitala oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Szpitala.
5. Jeżeli nie nastąpiło unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy na świadczenia zdrowotne lub konkurs nie został zamknięty bez wybrania którejkolwiek z ofert, komisja konkursowa ogłasza o rozstrzygnięciu postępowania.
6. Szpital zastrzega sobie możliwość wyboru więcej niż jednej oferty w ilości odpowiadającej potrzebom Szpitala w zakresie zabezpieczenia wykonywania świadczeń zdrowotnych.
7. Z chwilą ogłoszenia rozstrzygnięcia postępowania następuje jego zakończenie i komisja konkursowa ulega rozwiązaniu.

XV. UNIEWAŻNIENIE POSTĘPOWANIA

1. Dyrektor Szpitala unieważnia postępowanie w sprawie zawarcia umowy na świadczenia zdrowotne, gdy:
 - 1) nie wpłynęła żadna oferta;
 - 2) wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, z zastrzeżeniem ust. 2;
 - 3) odrzucono wszystkie oferty;
 - 4) kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Szpital przeznaczył na finansowanie umowy na świadczenie zdrowotne w danym postępowaniu;
 - 5) nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie pacjentów Szpitala, czego nie można było wcześniej przewidzieć.
2. Jeżeli w toku konkursu ofert wpłynęła tylko jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, komisja konkursowa może przyjąć tę ofertę, gdy z okoliczności wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs ofert nie wpłynie więcej ofert.

XVI. ŚRODKI ODWOŁAWCZE PRZYSŁUGUJĄCE OFERENTEM

1. Oferentem, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Szpitala zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy na świadczenia zdrowotne, przysługują środki odwoławcze na zasadach określonych poniżej w ust. 2-10.
2. Środki odwoławcze nie przysługują na:
 - 1) wybór trybu postępowania;
 - 2) niedokonanie wyboru Oferenta;
 - 3) unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy na świadczenia zdrowotne.
3. W toku postępowania w sprawie zawarcia umowy na świadczenia zdrowotne, do czasu zakończenia postępowania, Oferent może złożyć do komisji konkursowej umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
4. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie w sprawie zawarcia umowy na świadczenia zdrowotne ulega zawieszeniu, chyba że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.
5. Komisja konkursowa rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
6. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

7. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń w siedzibie Szpitala oraz na stronie internetowej Szpitala.
8. W przypadku uwzględnienia protestu komisja konkursowa powtarza zaskarżoną czynność.
9. Oferent, biorący udział w postępowaniu konkursowym, może wnieść do Dyrektora Szpitala, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
10. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy na świadczenia zdrowotne do czasu jego rozpatrzenia.

XVII. ZAWARCIE UMOWY

1. Zawarcie umowy z Oferentem, wyłonionym w postępowaniu konkursowym nastąpi nie później niż w terminie związania Oferenta ofertą.
2. Jeżeli Oferent, który wygrał konkurs uchyli się od zawarcia umowy, Szpital wybierze najkorzystniejszą spośród pozostałych ofert, które nie zostały odrzucone.

UWAGA

Szpital zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu bez podania przyczyny, przesunięcia terminu składania ofert oraz zamknięcia konkursu bez wyboru którejkolwiek z ofert.

1. Załącznik Nr 1 – Formularz oferty
2. Załącznik Nr 2 – Projekt umowy
3. Załącznik Nr 3 – Zasady użytkowania sprzętu, aparatury medycznej oraz innych środków niezbędnych do udzielania świadczeń zdrowotnych

KLAUZULA INFORMACYJNA Z ART.13.RODO


Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:

- 1) administratorem danych osobowych **Oferenta** jest SP ZOZ we Włodawie, ul. Piłsudskiego 64
- 2) administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: biuro@systemyzarzadzania.com.pl
- 3) administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne w celu związanym z postępowaniem – niniejszym konkursem ofert
- 4) dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych);
- 5) administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
- 6) mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

- 1) Państwa dane osobowe będą przechowywane do momentu zakończenia postępowania konkursowego, a w przypadku zawarcia umowy, przez cały okres jej trwania;

- 2) przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przeniesienia danych oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
- 3) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do przeprowadzenia postępowania - konkursu ofert oraz zawarcia umowy. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości przeprowadzenia postępowania konkursowego uwzględniającego Państwa ofertę; administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.



DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Zespołu Opieki i Pomocy Społecznej w Górnym
Elżbieta Korsela

**Zasady użytkowania sprzętu biurowego, aparatury medycznej
oraz innych środków niezbędnych do udzielania świadczeń zdrowotnych**

1. Oferent w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych korzysta:
 - 1) z bazy lokalowej Szpitala, w tym z pomieszczeń ambulatoryjnych, pokoi wypoczynkowych i pomieszczeń socjalnych;
 - 2) z aparatury i sprzętu medycznego będącego własnością (w używaniu) Szpitala;
 - 3) ze sprzętu biurowego (materiały biurowe, komputer, drukarka) będącego własnością (w używaniu) Szpitala;
 - 4) ze środków transportu (podmiotów, z którymi Szpital podpisał umowę),
 - 5) z leków i materiałów opatrunkowych Szpitala.
2. Korzystanie ze środków wymienionych w pkt. 1 może odbywać się w zakresie niezbędnym do udzielania zleconych umową świadczeń zdrowotnych.
3. Konserwacja i naprawy sprzętu, o którym mowa w pkt. 1 odbywa się na koszt Szpitala, chyba że naprawa jest skutkiem niewłaściwego korzystania i uszkodzenia sprzętu i aparatury medycznej przez Oferenta. W takim przypadku ponosi on koszt naprawy urządzenia.
4. Oferent nie może wykorzystywać środków, o których mowa w niniejszym załączniku na cele odpłatnego udzielania świadczeń zdrowotnych, chyba że odpłatność wynika z przepisów Szpitala i jest pobierana na jego konto.
5. Oferent nie odpowiada za skutki awarii powstałej w czasie użytkowania wadliwej aparatury Szpitala w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych.
6. Oferent ma obowiązek sprawdzenia stanu sprawności aparatury medycznej przed jej użyciem, a jeśli awaria aparatury powstanie w trakcie udzielania zamówienia na świadczenia zdrowotne, ma obowiązek podjęcia wszelkich działań, które zminimalizują negatywne skutki tej awarii dla zdrowia pacjenta.

UMOWA Nr
cywilnoprawna na świadczenie usług medycznych w zakresie obsługi pielęgniarskiej

zawarta w dniu r. we Włodawie

pomiędzy:

Samodzielnym Publicznym Zespołem Opieki Zdrowotnej we Włodawie, Al. Piłsudskiego 64, 22-200 Włodawa, wpisanym do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej prowadzonego przez Sąd Rejonowy Lublin-Wschód w Lublinie z siedzibą w Świdniku, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr KRS: 0000068400, NIP: 5651337789, REGON: 110197664, reprezentowanym przez **Dyrektora Elżbietę Korszla**, zwanym w dalszej części umowy **"Przyjmującym Zamówienie"** lub zamiennie **"Szpitalem"**

a

Panią..... -pielęgniarką, posiadającą prawo wykonywania zawodu o numerze seryjnym:....., wydane przez....., o numerze PESEL:.....,

zamieszkałą....., ul.....,

w dalszej części Umowy zwaną **PIELĘGNIARKĄ**

łącznie zwanymi dalej: **STRONAMI** lub osobno **STRONĄ**

Na podstawie Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r., poz. 991 z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r., poz. 146.) została zawarta umowa o następującej treści:

§ 1

Szpital zleca, a Pielęgniarka zobowiązuje się do wykonania usługi polegające na pełnieniu dyżurów pielęgniarskich w oddziałach szpitala oraz w Izbie Przyjęć, a w szczególności:

- 1) udzielaniu świadczeń zdrowotnych polegających na ratowaniu, przywracaniu i poprawie stanu zdrowia pacjentów;
- 2) bieżącym oraz rzetelnym prowadzeniu dokumentacji pielęgniarskiej i medycznej na zasadach obowiązujących w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, w tym raportów pielęgniarskich,
- 3) wykonywaniu innych czynności wynikających z regulaminu Szpitala.

§ 2

Wolą stron ustala się, iż usługi, o których mowa w § 1 udzielane będą przez Pielęgniarkę w SPZOZ w we Włodawie, zgodnie z ustaleniami.

§ 3

Pielęgniarka oświadcza, że posiada prawo do wykonywania zakresu niniejszej umowy, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami. Pielęgniarka oświadcza również, iż posiada odpowiednie kwalifikacje do wykonywania powierzonych jej obowiązków w ramach wykonywania niniejszej umowy.

§ 4

Pielęgniarka zobowiązuje się do:

1. wykonywaniu przedmiotu niniejszej umowy, rzetelnie i z należytą starannością, zgodnie z posiadaną wiedzą, dostępnymi na terenie Szpitala metodami i środkami zapobiegania, oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej,
2. znajomości i przestrzegania:
 - a) aktów prawnych obowiązujących w ochronie zdrowia,
 - b) zarządzeń Prezesa NFZ,
 - c) przepisów określających prawa pacjenta,
 - d) przepisów bhp i ppoż.,
 - e) przepisów prawnych obowiązujących na terenie Szpitala,

§ 5

Pielęgniarka, w ramach niniejszej umowy, zobowiązana jest do współpracy z lekarzami oraz innymi pielęgniarkami udzielającymi świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Szpitala.

§ 6

1. Świadczenie usług przez Pielęgniarkę odbywać się będzie przy zastosowaniu sprzętu, aparatury i materiałów medycznych Szpitala.
2. Szpital upoważnia Pielęgniarkę do korzystania w trakcie wykonywania przez nią świadczeń zdrowotnych, z obiektów i infrastruktury należącej do Szpitala.
3. Pielęgniarka nie może wykorzystywać udostępnionych przez Szpital pomieszczeń, aparatury medycznej i materiałów medycznych do udzielania innych niż objęte umową, świadczeń zdrowotnych, bez zgody Szpitala.

§ 7

1. Pielęgniarka zobowiązana jest do wykonywania świadczeń zdrowotnych we własnej odzieży ochronnej i roboczej, spełniającej wymogi Polskich Norm;
2. Pielęgniarka pokrywa koszty utrzymania odzieży ochronnej i roboczej w należytym stanie;
3. Pielęgniarka zobowiązana jest posiadać w widocznym miejscu identyfikator, zgodnie z ustawą o działalności leczniczej;
4. Pielęgniarka zobowiązana jest posiadać aktualne badanie lekarskie oraz zaświadczenie o przeszkoleniu BHP, wymagane do udzielania świadczeń wynikających z umowy.

§ 8

Pielęgniarka zobowiązana jest poddać się kontroli Szpitala, w tym również kontroli przeprowadzonej przez osoby upoważnione przez Szpital.

§ 9

Pielęgniarka zobowiązuje się do prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.

§ 10

1. Strony zgodnie ustalają, że należność Pielęgniarkę wynosić będzie.....
(słownie:.....brutto) za godzinę dyżuru.

2. Wpłata należności odbywać się będzie raz w miesiącu z dołu do 10-go dnia miesiąca następującego, po miesiącu, w którym wykonywane było świadczenie, na podstawie przedstawienia wykazu dat i ilości przepracowanych godzin, potwierdzonego przez przełożoną pielęgniarek lub pielęgniarkę koordynującą.
3. Kwota należności za wykonywanie świadczeń opisanych w § 1 została ustalona zgodnie z ofertą złożoną przez Pielęgniarkę w toku postępowania konkursowego oraz w ramach środków finansowych posiadanych przez Szpital.
4. Za datę spełnienia świadczenia przyjmuje się dzień, w którym nastąpiło obciążenie rachunku Szpitala.

§ 11

Pielęgniarce nie wolno, w związku z wykonywaniem niniejszej umowy, przyjmować jakichkolwiek dóbr od pacjentów, którym udziela lub udzielała świadczeń zdrowotnych.

§ 12

1. Pielęgniarka ponosi względem Szpitala odpowiedzialność za poniesioną przez Szpital szkodę wynikłą z nienależytego wykonania lub niewykonania Umowy, chyba że niewykonanie lub nienależyte wykonanie umowy przez Pielęgniarkę jest następstwem okoliczności, za które nie ponosi odpowiedzialności.
2. Ponoszenie odpowiedzialności, o której mowa w §12 ust. 1 Umowy nie wyłącza poniesienia przez Pielęgniarkę odpowiedzialności karnej i dyscyplinarnej.
3. Pielęgniarka zobowiązana jest do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z obowiązującymi przepisami.
4. Pielęgniarka zobowiązany jest do kontynuowania ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 3 przez cały okres obowiązywania umowy.
5. Kopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej stanowi integralną część umowy.
6. Zgodnie z zasadami określonymi w ustawie z dnia 15.04.2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r., poz. 711.) Szpital i Pielęgniarka ponoszą solidarną odpowiedzialność za wyrządzoną szkodę przy udzielaniu świadczeń.

§ 13

1. Umowa została zawarta na czas określony i obowiązuje od do
2. Umowa ulega rozwiązaniu wskutek upływu czasu na jaki została zawarta oraz w każdym czasie w wyniku porozumienia stron.
3. Umowa może zostać rozwiązana przez każdą ze stron z zachowaniem 1-miesięcznego okresu wypowiedzenia złożonego na koniec miesiąca kalendarzowego.
4. Szpitalowi przysługuje prawo do złożenia oświadczenia o rozwiązaniu Umowy bez zachowania 1 – miesięcznego terminu wypowiedzenia w przypadku rażącego naruszenia przez Pielęgniarkę istotnych postanowień Umowy lub przepisów prawa, w szczególności, jeżeli Pielęgniarka:
 - a) przebywała na terenie szpitala pod wpływem alkoholu i / lub środków odurzających oraz za spożywanie alkoholu i / lub środków odurzających w miejscu pracy,
 - b) rażąco naruszyła lub nie dopełniła obowiązków przewidzianych niniejszą umową,
 - c) dopuściła się naruszenia tajemnicy, do przestrzegania której zobowiązuje ją niniejsza umowa oraz obowiązujące przepisy, w szczególności naruszenia § 14 niniejszej umowy.

- d) popadła w nierozwiązywalny spór z pracownikami Szpitala,
 - e) utraciła uprawnienie do wykonywania zawodu lub prowadzenia praktyki.
5. Pielęgniarka przysługuje prawo do złożenia oświadczenia o rozwiązaniu Umowy bez zachowania 1 – miesięcznego terminu wypowiedzenia w przypadku rażącego naruszenia przez Szpital istotnych postanowień Umowy lub przepisów prawa, w szczególności, jeżeli Szpital:
- a) zalega z zapłatą wynagrodzenia dłużej niż dwa miesiące, po uprzednim skierowaniu do Szpitala pisemnego wezwania do zapłaty wyznaczającego dodatkowy termin zapłaty,
 - b) nie wypełnia obowiązków określonych niniejszą Umową.
6. W razie rozwiązania niniejszej umowy Pielęgniarka przekaze Szpitalowi wszelkie dokumenty związane z realizacją niniejszej umowy w terminie 3 dni od dnia rozwiązania niniejszej Umowy.

§ 14

1. Pielęgniarka zobowiązuje się do nie ujawniania i nie udzielania osobom nieupoważnionym, w tym również członkom rodziny, wiadomości stanowiących tajemnicę państwową i służbową, związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w ramach niniejszej umowy, jak również do nie rozgłaszania w żadnej formie – po wygaśnięciu umowy – wiadomości stanowiących tajemnicę, z którymi Pielęgniarka zapoznała się podczas wykonywania pracy.
2. Pielęgniarka zobowiązuje się do przestrzegania przepisów o ochronie danych osobowych, w tym w szczególności wynikających z rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1).
3. Szpital informuje Pielęgniarkę o odpowiedzialności karnej za naruszenie tajemnicy, a którą to reguluje ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (Dz.U. NR 88,, poz. 553 z późn. zm.)

§ 15

1. Pielęgniarka zapłaci Szpitalowi kary umowne w przypadku:
 - a) Opóźnienia w udzielaniu świadczeń zdrowotnych,
 - b) Samowolnego opuszczenia miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - c) Zaprzestania świadczenia usług bez usprawiedliwionej przyczyny,
- w wysokości 35 % wynagrodzenia brutto o którym mowa w §10 niniejszej umowy za miesiąc, w którym stwierdzono uchybienie.
 - d) złożenia oświadczenia o rozwiązaniu niniejszej umowy bez zachowania okresu wypowiedzenia– karę umowną w wysokości 3-miesięcznego wynagrodzenia brutto, określonego w §10 niniejszej umowy.
2. Pielęgniarka zobowiązuje się zapłacić Szpitalowi wartość kar umownych, o których mowa w §15 ust. 1 lit. a) – c) Umowy w terminie 7 dni od dnia doręczenia jej pisemnego wezwania do zapłaty.
3. Pielęgniarka zobowiązuje się zapłacić Szpitalowi wartość kar umownych, o których mowa w §15 ust. 1 lit. d) Umowy w terminie 7 dni od dnia doręczenia jej oświadczenia o rozwiązaniu Umowy bez zachowania okresu wypowiedzenia.
4. Szpital zapłaci Pielęgniarce - w wyniku złożenia przez Szpital oświadczenia o rozwiązaniu niniejszej umowy bez zachowania 1 miesięcznego okresu wypowiedzenia– karę umowną w wysokości 1-miesięcznego wynagrodzenia brutto, określonego w §10 ust. 1 niniejszej Umowy.
5. Szpital zobowiązuje się zapłacić Pielęgniarce wartość kar umownych, o których mowa w §15 ust. 4 Umowy w terminie 7 dni od dnia doręczenia jej oświadczenia o rozwiązaniu Umowy bez zachowania okresu wypowiedzenia.
6. Strony zastrzegają prawo Szpitala do dochodzenia odszkodowania uzupełniającego, przenoszącego wysokość kar umownych do wysokości rzeczywiście poniesionej szkody.

7. Pielęgniarka wyraża zgodę na potrącenie kar umownych z przysługującego jej wynagrodzenia.
8. W sytuacji zalegania przez Szpital z płatnościami na rzecz Pielęgniarki – przysługuje jej prawo naliczenia odsetek ustawowych.

§ 16

W sprawach nie uregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 roku - Kodeks cywilny, ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, ustawy z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodzie pielęgniarki i położnej, rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE oraz inne przepisy powszechnie obowiązujące właściwe ze względu na przedmiot Umowy.

§ 17

Zmiana niniejszej umowy wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 18

1. W razie sporu wynikłego na tle realizacji niniejszej umowy Strony zobowiązują się w pierwszej kolejności do polubownego rozwiązania sporu.
2. W przypadku braku możliwości rozwiązania sporu na drodze polubownej, będzie on podlegał rozstrzygnięciu przez właściwy miejscowo sąd powszechny dla siedziby Szpitala.

§ 19

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

Załączniki do umowy:

- prawo wykonywania zawodu
- dyplom nadający tytuł pielęgniarki
- zaświadczenie lekarskie
- zaświadczenie o przeszkoleniu BHP
- polisa OC
- Zasady postępowania w kontaktach z wykonawcami
- upoważnienie do przewożenia danych osobowych
- klauzula informacyjna RODO dla zleceniobiorców
- zaświadczenie o niekaralności
- opis stanowiska pracy

SZPITAL

PIELĘGNIARKA

Umowa nr.....
z zakresu dyżuru pielęgniarskiego w oddziałach szpitalnych

zawarta w dniu r. we Włodawie

pomiędzy:

Samodzielnym Publicznym Zespołem Opieki Zdrowotnej we Włodawie, Al. Piłsudskiego 64, 22-200 Włodawa, wpisanym do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej prowadzonego przez Sąd Rejonowy Lublin-Wschód w Lublinie z siedzibą w Świdniku, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr KRS: 0000068400, NIP: 5651337789, REGON: 110197664, reprezentowanym przez **Dyrektora Elżbietę Korszlą**, zwanym w dalszej części umowy "**Zleceniodawcą**" lub zamiennie "**Szpitałem**"

a

☐ –pielęgniarką/pielęgniarem, posiadającą prawo wykonywania zawodu o numerze seryjnym: wydane przez, wpisanej do rejestru praktyk prowadzonego przez pod numerem, posiadającą firmę pod nazwą : z siedzibą w, NIP,REGON.....zam....., PESEL....., ,

w dalszej części Umowy zwaną **PIELĘGNIARKĄ**

łącznie zwanymi dalej: **STRONAMI** lub osobno **STRONĄ**

Na podstawie art. 26 ust. 3 z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r., poz. 711) w wyniku wyboru oferty w drodze konkursu ofert prowadzonego w trybie i na zasadach określonych przepisami art. 26 powołanej ustawy została zawarta umowa o następującej treści:

§ 1

Szpital zleca, a Pielęgniarka przyjmuje do wykonania usługę polegającą na:

1. pełnieniu dyżurów pielęgniarskich w oddziałach szpitala oraz Izbie Przyjęć,
2. udzielaniu świadczeń zdrowotnych polegających na ratowaniu, przywracaniu i poprawie stanu zdrowia pacjentów Szpitala;
3. rzetelnym prowadzeniu dokumentacji medycznej dokumentacji tak w systemach informatycznych Szpitala, jak i na obowiązujących drukach na zasadach obowiązujących w publicznych zakładach opieki zdrowotnej,

4. wykonywaniu innych czynności wynikających z regulaminu Szpitala.

§ 2

1. Pielęgniarka oświadcza, że świadczenia zdrowotne stanowiące przedmiot niniejszej umowy, wykonywane będą od chwili zawarcia umowy bezpośrednio przez Pielęgniarkę.
2. Świadczenia zdrowotne, o których mowa w § 1, udzielane będą przez Pielęgniarkę w SPZOZ we Włodawie.

§ 3

Pielęgniarka zobowiązuje się do:

1. udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach uzgodnionych ze Szpitalem,
2. zobowiązuje się do świadczenia usług medycznych określonych w niniejszej umowie, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi na terenie Szpitala metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz należytą starannością,
3. zapewnienia pacjentom bezpieczeństwa podczas udzielania świadczeń,
4. znajomości i przestrzegania:
 - a) aktów prawnych obowiązujących w ochronie zdrowia,
 - b) zarządzeń Prezesa NFZ,
 - c) przepisów określających prawa pacjenta,
 - d) przepisów bhp i ppoż.
 - e) przepisów prawnych obowiązujących na terenie Szpitala,

§ 4

Pielęgniarka, w ramach wykonywania niniejszej umowy, zobowiązana jest do współpracy z lekarzami oraz innym personelem udzielającym świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Szpitala.

§ 5

1. Świadczenie usług przez Pielęgniarkę odbywać się będzie przy zastosowaniu sprzętu, aparatury i materiałów medycznych Szpitala i udostępnianych Pielęgniarce,
2. Szpital zobowiązuje się do przekazywania do utylizacji odpadów medycznych,
3. Szpital upoważnia Pielęgniarkę do korzystania w trakcie wykonywania przez nią świadczeń zdrowotnych, z obiektów i infrastruktury należącej do Szpitala,
4. Pielęgniarka nie może wykorzystywać udostępnionych przez Szpital pomieszczeń, aparatury medycznej i materiałów medycznych do udzielania innych niż objęte umową, świadczeń zdrowotnych, bez zgody Szpitala.

§ 6

1. Pielęgniarka zobowiązana jest do wykonywania świadczeń zdrowotnych we własnej odzieży ochronnej i roboczej, spełniającej wymogi Polskich Norm;
2. Pielęgniarka pokrywa koszty utrzymania odzieży ochronnej i roboczej w należytym stanie;
3. Pielęgniarka zobowiązana jest posiadać w widocznym miejscu identyfikator, zgodnie z ustawą o działalności leczniczej
4. Pielęgniarka zobowiązana jest posiadać aktualne badanie lekarskie oraz zaświadczenie o przeszkoleniu BHP, wymagane do udzielania świadczeń wynikających z umowy.

§ 7

1. O niemożności wykonania umowy w skutek zdarzeń losowych Pielęgniarka zobowiązana jest powiadomić niezwłocznie Szpital,
2. W uzasadnionych przypadkach Pielęgniarka – po uzyskaniu uprzedniej akceptacji Szpitala – może powierzyć obowiązki wynikające z niniejszej umowy osobie trzeciej, która w tym czasie jest zastępcą wyłącznie Pielęgniarki,
3. Pielęgniarka zobowiązana jest powiadomić na 7 dni przed planowaną nieobecnością na piśmie Szpital o przeniesieniu obowiązków wynikających z niniejszej umowy na wskazaną osobę trzecią,
4. Wraz z pismem, o którym mowa w ust. 3 Pielęgniarka zobowiązana jest dostarczyć kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje zastępującego wraz z prawem wykonywania zawodu oraz polisą OC.
5. Osoby, na które Pielęgniarka przeniosła obowiązki będące przedmiotem niniejszej umowy, powinny posiadać odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia określone rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22.07.2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U z 2011r., nr 151, poz. 896. z późn. zm.),
6. Pielęgniarka ponosi odpowiedzialność organizacyjną za udzielanie świadczeń zdrowotnych przez osoby trzecie, które udzielają świadczeń zdrowotnych w zastępstwie Pielęgniarki,
7. Osoby trzecie zastępujące Pielęgniarkę muszą być ubezpieczone od odpowiedzialności cywilnej,
8. Koszty zastępstwa ponosi Pielęgniarka.

§ 8

1. Pielęgniarka zobowiązana jest poddać się kontroli Szpitala, w tym również kontroli przeprowadzonej przez osoby upoważnione przez Szpital,

2. Kontrola obejmuje wykonanie umowy, w szczególności:
 - a) w zakresie oceny merytorycznej udzielanych świadczeń zdrowotnych,
 - b) sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - c) liczby i rodzaju świadczeń zdrowotnych,
 - d) prowadzenia wymaganej dokumentacji medycznej,
 - e) prowadzenia wymaganej sprawozdawczości,
 - f) terminowej realizacji zaleceń pokontrolnych.

§ 9

1. Pielęgniarka zobowiązana jest do prowadzenia dokumentacji medycznej tak w systemach informatycznych Szpitala, jak i na obowiązujących drukach zgodnie z obowiązującymi przepisami, zarówno co do sposobu, jak i jej zakresu.
2. W szczególności Pielęgniarka jest zobowiązana do:
 - a) dbania o sprzęt medyczny i mienie zakładu opieki zdrowotnej,
 - b) zachowania tajemnicy pielęgniarskiej oraz tajemnicy służbowej, w tym dotyczącej treści niniejszej umowy, według zasad określonych w odrębnych przepisach,
 - c) współpracy z personelem medycznym i pracownikami Szpitala,
 - d) wykonywania zawodu i udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością,
 - e) przestrzegania praw pacjenta oraz przepisów o ochronie danych osobowych, w tym w szczególności wynikających z rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U.UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1).
3. Pielęgniarka zobowiązuje się do prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.

§ 10

1. Strony zgodnie ustalają, że należność Pielęgniarki wynosić będzie zł brutto (słownie:.....brutto) za godzinę pracy.
2. Wypłata należności będzie następować w terminach miesięcznych, na podstawie faktury wystawionej przez Pielęgniarkę wraz z ewidencją dat i godzin świadczonych usług medycznych, potwierdzoną przez przełożoną pielęgniarek lub pielęgniarkę koordynującą.

3. Faktura, o której mowa w ust. 2, za miesiąc, za który ma zostać wypłacone wynagrodzenie, Pielęgniarka składa w terminie do siódmego dnia następnego miesiąca. Wypłata nastąpi w terminie 14 dni, licząc od dnia poprawnie złożonej faktury przez Pielęgniarkę, na wskazane przez nią konto bankowe.
4. Za datę spełnienia świadczenia przyjmuje się dzień, w którym nastąpiło obciążenie rachunku Szpitala.
5. Kwota należności za wykonywanie świadczeń opisanych w § 1 została ustalona zgodnie z ofertą złożoną przez Pielęgniarkę w toku postępowania konkursowego oraz w ramach środków finansowych posiadanych przez Szpital.
6. Pielęgniarka oświadcza, że samodzielnie rozlicza się z ZUS-em i Urzędem Skarbowym.

§ 11

Pielęgniarce nie wolno, w związku z wykonywaniem niniejszej umowy, przyjmować jakichkolwiek dóbr od pacjentów, którym udziela lub udzielała świadczeń zdrowotnych.

§ 12

1. Pielęgniarka ponosi względem Szpitala odpowiedzialność za poniesioną przez Szpital szkodę wynikłą z nienależytego wykonania lub niewykonania Umowy, chyba że niewykonanie lub nienależyte wykonanie umowy przez Pielęgniarkę jest następstwem okoliczności, za które nie ponosi odpowiedzialności.
2. Ponoszenie odpowiedzialności, o której mowa w §12 ust. 1 Umowy nie wyłącza poniesienia przez Pielęgniarkę odpowiedzialności karnej i dyscyplinarnej.
3. Pielęgniarka zobowiązana jest do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z obowiązującymi przepisami.
4. Pielęgniarka zobowiązany jest do kontynuowania ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 3 przez cały okres obowiązywania umowy.
5. Kopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej stanowi integralną część umowy.
6. Zgodnie z zasadami określonymi w ustawie z dnia 15.04.2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r., poz. 711.) Szpital i Pielęgniarka ponoszą solidarną odpowiedzialność za wyrządzoną szkodę przy udzielaniu świadczeń.

§ 13

1. Umowa niniejsza zostaje zawarta na okres od do
2. Umowa może zostać rozwiązana przez każdą ze stron z zachowaniem 1-miesięcznego okresu wypowiedzenia złożonego na koniec miesiąca kalendarzowego oraz w każdym czasie w wyniku jednomyślnego oświadczenia woli obu stron.
3. Szpitalowi przysługuje prawo rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym (bez wypowiedzenia), w szczególności jeżeli Pielęgniarka:

- a) przebywała na terenie szpitala pod wpływem alkoholu i / lub środków odurzających oraz za spożywanie alkoholu i / lub środków odurzających w miejscu pracy,
 - b) rażąco naruszyła lub nie dopełniła obowiązków przewidzianych niniejszą umową,
 - c) dokonała cesji swoich praw i obowiązków na osoby trzecie bez zgody szpitala,
 - d) dopuściła się naruszenia tajemnicy, do przestrzegania której zobowiązuje go niniejsza umowa oraz obowiązujące przepisy, w szczególności naruszenia § 14 niniejszej umowy.
 - e) popadła w nierozwiązywalny spór z pracownikami Szpitala,
 - f) utraciła uprawnienie do wykonywania zawodu lub prowadzenia praktyki,
4. Pielęgniarka przysługuje prawo rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym (bez wypowiedzenia), w szczególności jeżeli Szpital:
- a) zalega z zapłatą wynagrodzenia dłużej niż dwa miesiące, po uprzednim skierowaniu do Szpitala pisemnego wezwania do zapłaty wyznaczającego dodatkowy termin zapłaty,
 - b) nie wypełniał obowiązków wynikających z niniejszej umowy.
5. W razie rozwiązania niniejszej umowy Pielęgniarka przekaże Szpitalowi wszelkie dokumenty związane z realizacją niniejszej umowy w terminie 3 dni od dnia rozwiązania niniejszej Umowy.

§ 14

1. Pielęgniarka zobowiązuje się do nie ujawniania i nie udzielania osobom nieupoważnionym, w tym również członkom rodziny, wiadomości stanowiących tajemnicę państwową i służbową, związanych z wykonywaniem przedmiotu umowy, jak również do nie rozgłaszania w żadnej formie – po wygaśnięciu umowy – wiadomości stanowiących tajemnicę, z którymi Pielęgniarka zapoznała się podczas wykonywania pracy.
2. Pielęgniarka zobowiązuje się do przestrzegania przepisów o ochronie danych osobowych, w tym w szczególności wynikających z rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1).
3. Szpital informuje Pielęgniarkę o odpowiedzialności karnej za naruszenie tajemnicy, w szczególności przestępstw przeciwko ochronie informacji a którą to reguluje Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 - Kodeks Karny (tekst jedn.: Dz.U. z 2020 r., poz. 1444 z późniejszymi zmianami).

§ 15

1. Pielęgniarka zapłaci Szpitalowi kary umowne w przypadku:
 - a) opóźnienia rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - b) samowolnego opuszczenia miejsca udzielania świadczeń,
 - c) zaprzestania świadczenia usług bez usprawiedliwionej przyczyny
- w wysokości 35% miesięcznego wynagrodzenia brutto, o którym mowa w §10 niniejszej umowy za miesiąc, w którym stwierdzono uchybienie, obliczoną od kwoty wykazanej w fakturze za ten miesiąc.
 - d) złożenia oświadczenia o rozwiązaniu niniejszej umowy bez zachowania okresu wypowiedzenia– karę umowną w wysokości 3-miesięcznego wynagrodzenia brutto, określonego w §10 niniejszej umowy
2. Pielęgniarka zobowiązuje się zapłacić Szpitalowi wartość kar umownych, o których mowa w §15 ust. 1 lit. a) – c) Umowy w terminie 7 dni od dnia doręczenia jej pisemnego wezwania do zapłaty.
3. Pielęgniarka zobowiązuje się zapłacić Szpitalowi wartość kar umownych, o których mowa w §15 ust. 1 lit. d) Umowy w terminie 7 dni od dnia doręczenia jej oświadczenia o rozwiązaniu Umowy bez zachowania okresu wypowiedzenia.
4. Szpital zapłaci Pielęgniarcie - w wyniku złożenia przez Szpital oświadczenia o rozwiązaniu niniejszej umowy bez zachowania 1- miesięcznego okresu wypowiedzenia– karę umowną w wysokości 1-miesięcznego wynagrodzenia brutto, określonego w §10 ust. 1 niniejszej Umowy.
5. Szpital zobowiązuje się zapłacić Pielęgniarcie wartość kar umownych, o których mowa w §15 ust. 4 Umowy w terminie 7 dni od dnia doręczenia jej oświadczenia o rozwiązaniu Umowy bez zachowania okresu wypowiedzenia.
6. Strony zastrzegają prawo Szpitala do dochodzenia odszkodowania uzupełniającego, przenoszącego wysokość kar umownych do wysokości rzeczywiście poniesionej szkody.
7. Pielęgniarka wyraża zgodę na potrącenie kar umownych z przysługującego jej wynagrodzenia.
8. W sytuacji zalegania przez Szpital z płatnościami na rzecz Pielęgniarki – przysługuje jej prawo naliczenia odsetek ustawowych.

§ 16

W sprawach nie uregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 roku - Kodeks cywilny, ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, ustawy z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodzie pielęgniarki i położnej, rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w

sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE oraz inne przepisy powszechnie obowiązujące właściwe ze względu na przedmiot Umowy.

§ 17

Zmiana niniejszej umowy wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 18

1. W razie sporu wynikłego na tle realizacji niniejszej umowy Strony zobowiązują się w pierwszej kolejności do polubownego rozwiązania sporu.
2. W przypadku braku możliwości rozwiązania sporu na drodze polubownej, będzie on podlegał rozstrzygnięciu przez właściwy miejscowo sąd powszechny dla siedziby Szpitala.

§ 19

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

Załączniki do umowy:

- prawo wykonywania zawodu,
- dyplom nadający tytuł pielęgniarki,
- dokumenty potwierdzające kwalifikacje,
- kserokopia polisy OC,
- zaświadczenie lekarskie,
- zaświadczenie o przeszkoleniu BHP,
- zaświadczenie o wpisie do rejestru praktyk pielęgniarskich (księga rejestrowa),
- zaświadczenie o wpisie do rejestru działalności gospodarczej (CEIDG),
- Zasady postępowania w kontaktach z wykonawcami.
- zaświadczenie o niekaralności
- opis stanowiska pracy

SZPITAL

PIELĘGNIARKA

Oświadczenie Zleceniobiorcy do umowy na 2024 rok

1. Dane osobowe

Nazwisko Imiona 1. 2.
Imiona rodziców
Data urodzenia Miejsce urodzenia
Nazwisko rodowe Obywatelstwo
PESEL NIP
Nr karty stałego pobytu (dla obcokrajowców)
Seria i nr dow. Osob. wydany przez

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)

Nazwa i adres

5. Oświadczenie dla celów powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego

5.1. Właściwy oddział Narodowego Funduszu Zdrowia

5.2. Jestem: emerytem ☐ tak ☐ nie
 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 mundurowej np.: Policja, PSP, ABW, CBA, BOR i pozostałe
- ☐ Wykonywania umowy zlecenia na rzecz innego zleceniodawcy
- ☐ Prowadzenia 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 przeliczeniu na okres miesiąca jest

(wpisać odpowiednio: niższa, równa, wyższa)

od kwoty wynagrodzenia minimalnego – (od 01.07.2024 r. – 4300,00 zł brutto)

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

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

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

Oświadczam, iż nie jestem objęty/a ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym z żadnego tytułu.

7. Oświadczenie dla powiatowego urzędu pracy

Oświadczam, iż POZOSTAJĘ/NIE POZOSTAJĘ (niewłaściwe przekreślić) w rejestrze bezrobotnych prowadzonym przez Powiatowy Urząd Pracy w.....

8. Oświadczenie dla celów dobrowolnego ubezpieczenia społecznego/chorobowego
WNOSZĘ/NIE WNOSZĘ (niewłaściwe przekreślić) o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym/chorobowym.

9. Numer rachunku bankowego
.....

Oświadczam, iż wszystkie informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, a odpowiedzialność karna za podanie informacji niezgodnych z prawdą lub ich zatajenie jest mi znana. Zobowiązuję się do poinformowania na piśmie Zleceniodawcy w terminie 5 dni od dnia wystąpienia wszelkich zmianach dotyczących treści niniejszego oświadczenia oraz przejmuję odpowiedzialność z tytułu niedotrzymania powyższego zobowiązania.

Upoważniam Zleceniodawcę do dokonania w moim imieniu zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego i/lub społecznego, o ile wykonywanie przeze mnie umowy zlecenia podlegać będzie tym ubezpieczeniom zgodnie z obowiązującymi przepisami.

W przypadku podania błędnych informacji, a także w razie nie przekazania informacji o zmianie danych które mają wpływ na opłacanie składek zobowiązuję się zwrócić płatnikowi opłacone przez niego do ZUS-u składki na ubezpieczenia społeczne (emerytalne, rentowe) finansowane ze środków ubezpieczonego i zleceniodawcy oraz odsetki od całego powstałego zadłużenia.

(data i podpis Zleceniobiorcy)

Formularz oferty**I. Instrukcja dla Oferenta :**

1. Niniejszy Formularz oferty – traktowany jako wzór – winien być wypełniony po polsku, pismem czytelnym, maszynowym lub komputerowo, podpisany i opieczetowany przez osobę do tego uprawnioną.
2. Wszystkie wyszczególnione rozdziały muszą być wypełnione wraz z załączeniem odpowiednich wymaganych dokumentów.
3. Dokumenty w postaci kserokopii muszą być potwierdzone „za zgodność z oryginałem”, podpisem i pieczęcią Oferenta, przez Oferenta lub osobę przez niego upoważnioną.
4. Upoważnienie do podpisania oferty winno być dołączone do oferty, o ile nie wynika z innych dokumentów załączonych przez Oferenta.
5. Wszystkie strony Formularza oferty muszą być parafowane przez Oferenta.

II. Dane Oferenta:

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--------------------|--|------------------------------------|--|--|------------------|--|--|
| Imię i nazwisko pielęgniarki/pielęgniara | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Rodzaj praktyki pielęgniarskiej | | | | | | Nr prawa wykonywania zawodu | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Organ prowadzący rejestr (nazwa Izby Pielęgniarek i Położnych) | | | | | | Nr księgi rejestrowej | | | | | |
| Adres zamieszkania | | | | | | | | | | | |
| Kraj | | | | Miejscowość | | | | | | | |
| Kod pocztowy | | | | Poczta | | | | | | | |
| Ulica | | | | | | Nr domu | | | Nr lokalu | | |
| E-mail | | | | | | telefon | | | fax | | |
| Adres do korespondencji (wypełnić jeżeli różni się od adresu zamieszkania): | | | | | | | | | | | |
| Kraj | | | | | | Miejscowość | | | | | |
| Kod pocztowy | | | | Poczta | | | | | | | |
| Ulica | | | | | | Nr domu | | | Nr lokalu | | |
| Działalność gospodarcza | | | | | | | | | | | |
| Firma | | | | | | | | | Siedziba | | |
| Numer identyfikacji podatkowej (NIP) | | | | | | REGON | | | | | |

III. Oferowana kwota wynagrodzenia:

1. Za realizację miesięcznego zamówienia udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie dyżury pielęgniarskie w Oddziałach Szpitalnych SP ZOZ we Włodawie proponuję stawkę w wysokości:

1) **zł brutto** (słownie: , 00/100) za jedną godzinę udzielania pielęgniarskich świadczeń zdrowotnych;

2. Proponowana liczba godzin udzielania pielęgniarskich świadczeń zdrowotnych wynosi godziny miesięcznie.

W przypadku zapotrzebowania na większą ilość godzin udzielania pielęgniarskich świadczeń zdrowotnych, za zgodą obu Stron, ilość godzin może ulec zwiększeniu.

W przypadku zapotrzebowania Szpital na większą ilość godzin udzielania pielęgniarskich świadczeń zdrowotnych, za zgodą obu Stron, ilość godzin może ulec zwiększeniu.

3. Proponowany harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych:

- | | |
|------------------|------------------------------------|
| - poniedziałek – | od godziny do godziny, |
| - wtorek - | od godziny do godziny, |
| - środa - | od godziny do godziny, |
| - czwartek - | od godziny do godziny, |
| - piątek - | od godziny do godziny, |
| - sobota - | od godziny do godziny, |
| - niedziela - | od godziny do godziny, |

**- wypełnić właściwie do złożonej oferty*

IV . Oświadczenie:

1. W okresie trwania umowy zapewniam niezmiennność cen.
2. Oferuję termin płatności dni od chwili otrzymania faktury/rachunku przez Udzielającego Zamówienia.
3. Oświadczam, że staż pracy w zawodzie pielęgniarki wynosi lat.
4. Oświadczam, że staż pracy w komórce medycznej wynosi lat.
5. Oświadczam, że załączony wzór umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej/naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Szpital.
6. Zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu Przyjmującego Zamówienie na świadczenia zdrowotne, na zasadach określonych w MI, zgodnie z regulacjami określonymi w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 25 ust 5 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
7. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres od daty jej podpisania do dnia r. i do rozpoczęcia udzielania świadczeń z tej umowy wynikających od dnia r.
8. Oświadczam, że wyrażam zgodę na możliwość przedłużenia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w drodze aneksu o kolejne 12 miesięcy po upływie terminu jej obowiązywania.
9. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
10. Oświadczam, że zapoznałem się z Materiałami Informacyjnymi i szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz załącznikami nr 3 i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
11. Zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania przedmiotowego zamówienia.

12. Uważam się związany ofertą przez okres 30 dni.
13. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
14. Oferowane świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Udzielającego Zamówienia.
15. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach zgodnie z ustalonym przez Szpital harmonogramem.
16. Posiadam (odpowiednie zaznaczyć)
 - a) Wykształcenie średnie medyczne
 - b) Wykształcenie wyższe medyczne: ° licencjat, ° magister
 - c) Kurs kwalifikacyjny (podać jaki)
 - d) Specjalizację (podać dziedzinę)
17. Preferowana forma umowy (odpowiednie zaznaczyć):
 - a) umowa kontraktowa
 - b) umowa zlecenie

UWAGA: W przypadku wyboru umowy zlecenia należy do oferty dołączyć wypełniony i podpisany formularz zgłoszeniowy, który znajduje się w ogłoszeniu na stronie Szpitala.

V. Do oferty załączam dokumenty (jeżeli nie są w posiadaniu Szpitala lub straciły aktualność):

1. Wykaz personelu medycznego udzielającego świadczeń zdrowotnych w imieniu Oferenta, w przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Załącznik Nr 1 do Formularza Ofertowego)*.
2. Aktualny odpis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą/zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą*.
3. Aktualny odpis z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej/wyciąg z KRS.
4. Umowa spółki cywilnej (jeżeli działalność gospodarcza jest prowadzona w formie spółki cywilnej) *.
5. Prawo wykonywania zawodu pielęgniarki przyznane przez odpowiednią Izbę Pielęgniarską, które nie uległo zawieszeniu oraz nie zostało ograniczone w zakresie wykonywania określonych czynności medycznych.
6. Kopia dyplomu pielęgniarki.
7. Kopia dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe – w tym posiadane specjalizacje (tj. dyplom specjalizacji), kursy specjalistyczne, doskonalące i inne świadectwa posiadanych umiejętności:
 - 1)
 - 2)
 - 3)
8. (inne dokumenty – wskazać jakie).

*-niewłaściwe skreślić

.....
(pieczęć i podpis
Oferenta)

.....
(miejscowość i data)