

.....  
/ miejscowość, data

**OFERTA**  
**NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**  
**W SZPITALU BIELAŃSKIM im. Ks. J. POPIEŁUSZKI SPZOZ W WARSZAWIE**

IMIĘ i NAZWISKO / NAZWA OFERENTA

Adres: .....

Nr Regon ..... Numer NIP .....

Wpis do CEIDG .....

Wpis do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą prowadzonego przez  
..... pod numerem .....

Tel. kontaktowy: ..... e. mail: .....

**PRZEDMIOTEM NINIEJSZEJ OFERTY JEST UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE**

**1) (wpisać zakres)** .....

**(wpisać nazwę komórki organizacyjnej)** .....

**(wpisać deklarowaną miesięczną liczbę godzin)** .....  
wykonywania czynności związanych z pobieraniem komórek, tkanek i narządów

TAK / NIE / NIE DOTYCZY (właściwie zakreślić)

NA RZECZ SZPITALA BIELAŃSKIEGO IM. KS. JERZEGO POPIEŁUSZKI – SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO  
ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ, ZWANEGO DALEJ „UDZIELAJĄCYM ZAMÓWIENIE” NA ZASADACH  
OKREŚLONYCH W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH KONKURSU OFERT ORAZ UMOWY O UDZIELENIE  
ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH OBJĘTYCH NINIEJSZYM KONKURSEM

**OFERENT OŚWIADCZA, IŻ:**

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia, regulaminem komisji konkursowej, szczegółowymi warunkami konkursu ofert, w tym wzorem umowy.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem udzielać będzie w siedzibie Udzielającego Zamówienie w Oddziałach / Komórkach organizacyjnych wskazanych powyżej.
3. Posiada specjalizację .....
4. Prowadzi indywidualną praktykę pielęgniarską/położniczą
5. Zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem zamówienia  
pełnym zakresie od dnia ..... do dnia .....
6. Zobowiązuje się do posiadania przez cały okres trwania umowy aktualnej umowy ubezpieczenia OC.
7. Zobowiązuje się do posiadania przez cały okres trwania umowy aktualnej umowy ubezpieczenia w zakresie profilaktycznego leczenia poekspozycyjnego ze styczności z ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV, do której może dojść w trakcie wykonywania czynności zawodowych.
8. Zobowiązuje się do posiadania przez cały okres trwania umowy aktualnego orzeczenia lekarza medycyny pracy o zdolności do wykonywania świadczeń zdrowotnych

9. Zobowiązuje się do posiadania przez cały okres trwania umowy aktualnego zaświadczenia o szkoleniu BHP, a w przypadku wykonywania usług w narażeniu na działanie pola elektromagnetycznego – również aktualnego zaświadczenia o szkoleniu BHP w zakresie obsługi urządzeń wytwarzających pole elektromagnetyczne (tzw. w.cz.)
10. Dysponuje własną odzieżą ochronną niezbędną do wykonywania świadczeń zdrowotnych.
11. Wyraża zgodę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych przy użyciu sprzętu i aparatury medycznej stanowiącej wyposażenie Szpitala Bielańskiego.
12. Nie jest zatrudniony w Szpitalu Bielańskim w ramach umowy o pracę / lub zobowiązuje się rozwiązać umowę o pracę przed zawarciem umowy w wyniku niniejszego konkursu (*niewłaściwe skreślić*)
13. Akceptuję szczegółowe warunki konkursu ofert oraz warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienie dla potrzeb niniejszego konkursu i proponuje wynagrodzenie oraz deklaruje miesięczny zakres liczby godzin udzielanych świadczeń jak poniżej (wpisać w tabeli):

nr pakietu	Grupa zawodowa	KOM.ORG.	Deklarowana miesięczna liczba godzin	Proponowana stawka
1	Pielęgniarki/pielęgniarze	Centralny Blok Operacyjny		

W przypadku wykonywania czynności związanych z pobieraniem komórek, tkanek i narządów Oferent akceptuje wynagrodzenie w wysokości wynikającej z Załącznika nr 2 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu ustalania kosztów czynności związanych z pobraniem, przechowywaniem, sterylizacją i dystrybucją komórek, tkanek i narządów oraz sposobu zwrotu kosztów .

Oferent zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji dotyczących Udzielającego zamówienia, o których dowiedział się w związku z przystąpieniem do niniejszego konkursu, a których ujawnienie stanowiłoby czyn nieuczciwej konkurencji.

**ZAŁĄCZNIKI** (niewłaściwe skreślić):

1. Kserokopia dokumentu potwierdzającego wpis do rejestrów: praktyk pielęgniarskich/ położniczych, wpisu do CEIDG
2. Kserokopie dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje: dyplomu, prawa wykonywania zawodu, dyplomu specjalizacji, potwierdzenia ukończenia kursów itp.
3. Kserokopia polisy OC lub pisemne oświadczenie o zobowiązaniu do jej przedstawienia w chwili podpisania umowy
4. Kserokopia ubezpieczenia w zakresie profilaktycznego leczenia poekspozycyjnego ze styczności z ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV), do którego może dojść w trakcie wykonywania czynności zawodowych lub pisemne oświadczenie o zobowiązaniu do jej przedstawienia w chwili podpisania umowy.
5. Kserokopia orzeczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do udzielania świadczeń zdrowotnych lub pisemne oświadczenie o zobowiązaniu do jego przedstawienia w chwili podpisania umowy.
6. Kserokopia aktualnego zaświadczenia o szkoleniu BHP, a w przypadku wykonywania usług w narażeniu na działanie pola elektromagnetycznego – również aktualnego zaświadczenia o szkoleniu BHP w zakresie obsługi urządzeń wytwarzających pole elektromagnetyczne (tzw. w.cz.) lub pisemne oświadczenie o zobowiązaniu do jego przedstawienia w chwili podpisania umowy.

.....  
**Pieczęć i podpis Oferenta**