

Szczegółowe Warunki Konkursu Ofert

na udzielanie świadczeń zdrowotnych pielęgniarsko-położniczych przez osoby wykonujące zawód medyczny w ramach jednoosobowej działalności gospodarczej w Szpitalu Praskim p.w. Przemienienia Pańskiego Sp. z o.o. w Warszawie przy Al.

Solidarności 67

(postępowanie nr VII/2019)

Postępowanie konkursowe prowadzone będzie w oparciu o przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r., poz. 2190 t.j.) oraz Regulaminu Przeprowadzania Konkursu Ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych pielęgniarsko-położniczych w Szpitalu Praskim p.w. Przemienienia Pańskiego Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w Warszawie.

Przedmiotem konkursu jest udzielanie świadczeń zdrowotnych pielęgniarsko – położniczych w zakresie:

- 1. udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki/pielęgniarzy w ramach struktur Centralnego Bloku Operacyjnego (zabiegi operacyjne ginekologiczne, w tym ginekologii onkologicznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, w tym także endoprotezoplastyka lub chirurgii ogólnej i onkologicznej lub chirurgii naczyniowej lub urologii i urologii onkologicznej) oraz Sali Cięć Cesarskich w ramach dyżurów trwających do 24 godzin, zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Udzielającego zamówienie – postępowanie nr VII/CBO/2019/1**

Szczegółowy zakres obowiązków wskazany jest w załączniku nr 1 do projektu umowy, stanowiącej Załącznik nr 7 do niniejszych Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.

Udzielający zamówienie dopuszcza zwiększenie zakresu i wartości umowy na podstawie aneksu do umowy w sytuacjach wynikających z zapotrzebowania Udzielającego zamówienie lub przepisów obowiązującego prawa.

- 2. udzielanie świadczeń zdrowotnych przez położne w ramach Oddziału Ginekologiczno-Położniczego z Ginekologią Onkologiczną zabezpieczającego**

całodobową opiekę nad pacjentkami i noworodkami oraz rodzącymi w ramach dyżurów trwających do 24 godzin, zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Udzielającego zamówienie – **postępowanie nr V!!/OGP/2019/2**

Szczegółowy zakres obowiązków wskazany jest w załączniku nr 2 do projektu umowy, stanowiącej Załącznik nr 6 do niniejszych Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.

Udzielający zamówienie dopuszcza zwiększenie zakresu i wartości umowy o na podstawie aneksu do umowy w sytuacjach wynikających z zapotrzebowania Udzielającego zamówienie lub przepisów obowiązującego prawa.

3. udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki i położne w Oddziale Neonatologii zabezpieczające całodobową opiekę nad noworodkami w ramach dyżurów trwających do 24 godzin, zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Udzielającego zamówienie – **postępowanie nr V!!/ONO/2019/3**

Szczegółowy zakres obowiązków wskazany jest w załączniku nr 3 do projektu umowy, stanowiącej Załącznik nr 6 do niniejszych Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.

Udzielający zamówienie dopuszcza zwiększenie zakresu i wartości umowy na podstawie aneksu do umowy w sytuacjach wynikających z zapotrzebowania Udzielającego zamówienie lub przepisów obowiązującego prawa.

4. udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki/pielęgniarzy anestezyjologiczne w ramach Oddziału Intensywnej Terapii i Anestezjologii – część Anestezyjologiczna w ramach dyżurów trwających do 24 godzin, zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Udzielającego zamówienie – **postępowanie nr V!!/AST/2019/4**

Szczegółowy zakres obowiązków wskazany jest w załączniku nr 4 do projektu umowy, stanowiącej Załącznik nr 8 do niniejszych Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.

Udzielający zamówienie dopuszcza zwiększenie zakresu i wartości umowy na podstawie aneksu do umowy w sytuacjach wynikających z zapotrzebowania Udzielającego zamówienie lub przepisów obowiązującego prawa.

5. udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki/pielęgniarzy anestezyjologiczne w ramach Oddziału Intensywnej Terapii i Anestezjologii – część

Intensywnej Terapii w ramach dyżurów trwających do 24 godzin, zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Udzielającego zamówienie - **postępowanie nr V.!!./OIT/2019/5**

Szczegółowy zakres obowiązków wskazany jest w załączniku nr 5 do projektu umowy, stanowiącej Załącznik nr 6 do niniejszych Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.

Udzielający zamówienie dopuszcza zwiększenie zakresu i wartości umowy na podstawie aneksu do umowy w sytuacjach wynikających z zapotrzebowania Udzielającego zamówienie lub przepisów obowiązującego prawa.

6. udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki/pielęgniarzy anestezjologiczne w ramach Oddziału Pooperacyjnego w ramach dyżurów trwających do 24 godzin, zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Udzielającego zamówienie – **postępowanie nr V.!!./OPO/2019/6**

Szczegółowy zakres obowiązków wskazany jest w załączniku nr 6 do projektu umowy, stanowiącej Załącznik nr 6 do niniejszych Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.

Udzielający zamówienie dopuszcza zwiększenie zakresu i wartości umowy na podstawie aneksu do umowy w sytuacjach wynikających z zapotrzebowania Udzielającego zamówienie lub przepisów obowiązującego prawa.

7. udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki/pielęgniarzy w ramach Pododdziału Toksykologii w ramach dyżurów trwających do 24 godzin, zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Udzielającego zamówienie – **postępowanie nr V.!!./PTO/2019/7**

Szczegółowy zakres obowiązków wskazany jest w załączniku nr 7 do projektu umowy, stanowiącej Załącznik nr 6 do niniejszych Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.

Udzielający zamówienie dopuszcza zwiększenie zakresu i wartości umowy na podstawie aneksu do umowy w sytuacjach wynikających z zapotrzebowania Udzielającego zamówienie lub przepisów obowiązującego prawa.

8. udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki/pielęgniarzy w ramach Oddziału Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej w ramach dyżurów trwających do 24

godzin, zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Udzielającego zamówienie -
postępowanie nr VII/OUO/2019/8

Szczegółowy zakres obowiązków wskazany jest w załączniku nr 8 do projektu umowy, stanowiącej Załącznik nr 6 do niniejszych Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.

Udzielający zamówienie dopuszcza zwiększenie zakresu i wartości umowy na podstawie aneksu do umowy w sytuacjach wynikających z zapotrzebowania Udzielającego zamówienie lub przepisów obowiązującego prawa.

9. udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki/pielęgniarzy w ramach Oddziału Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chirurgii Naczyniowej w ramach dyżurów trwających do 24 godzin, zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Udzielającego zamówienie - postępowanie nr VII/OCH/2019/9

Szczegółowy zakres obowiązków wskazany jest w załączniku nr 9 do projektu umowy, stanowiącej Załącznik nr 6 do niniejszych Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.

Udzielający zamówienie dopuszcza zwiększenie zakresu i wartości umowy na podstawie aneksu do umowy w sytuacjach wynikających z zapotrzebowania Udzielającego zamówienie lub przepisów obowiązującego prawa.

10. udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki/pielęgniarzy w ramach Oddziału Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Nefrologii w ramach dyżurów trwających do 24 godzin, zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Udzielającego zamówienie - postępowanie nr VII/OW/2019/10

Szczegółowy zakres obowiązków wskazany jest w załączniku nr 10 do projektu umowy, stanowiącej Załącznik nr 6 do niniejszych Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.

Udzielający zamówienie dopuszcza zwiększenie zakresu i wartości umowy na podstawie aneksu do umowy w sytuacjach wynikających z zapotrzebowania Udzielającego zamówienie lub przepisów obowiązującego prawa.

11. udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki/pielęgniarzy w ramach Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w ramach dyżurów trwających do 24 godzin,

zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Udzielającego zamówienie -
postępowanie nr V.1./SOR/2019/11

Szczegółowy zakres obowiązków wskazany jest w załączniku nr 11 do projektu umowy, stanowiącej Załącznik nr 6 do niniejszych Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.

Udzielający zamówienie dopuszcza zwiększenie zakresu i wartości umowy na podstawie aneksu do umowy w sytuacjach wynikających z zapotrzebowania Udzielającego zamówienie lub przepisów obowiązującego prawa.

12. udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki/pielęgniarzy w ramach Ambulatoryjnej Stacji Dializ w ramach dyżurów trwających do 16 godzin, zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Udzielającego zamówienie - postępowanie nr V.1./ASD/2019/12

Szczegółowy zakres obowiązków wskazany jest w załączniku nr 12 do projektu umowy, stanowiącej Załącznik nr 6 do niniejszych Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.

Udzielający zamówienie dopuszcza zwiększenie zakresu i wartości umowy na podstawie aneksu do umowy w sytuacjach wynikających z zapotrzebowania Udzielającego zamówienie lub przepisów obowiązującego prawa.

Wymagania wobec Świadczeniodawców:

1. Pielęgniarstwo operacyjne:

- dyplom ukończenia szkoły,
- prawo wykonywania zawodu pielęgniarki,
- specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego lub ukończony kurs kwalifikacyjny z pielęgniarstwa operacyjnego lub minimum 2 lata doświadczenia pracy w charakterze pielęgniarki operacyjnej,

2. Pielęgniarstwo ginekologiczno-położnicze:

- dyplom ukończenia szkoły,
- aktualne prawo wykonywania zawodu,
- aktualne zaświadczenie ukończenia kursu z krwiodawstwa i krwiolecznictwa,

- minimum 2 letnie doświadczenie zawodowe w oddziale Ginekologiczno-Położniczym czy Sali Porodowej,
- dodatkowym atutem przy wyborze oferenta będzie posiadanie kursów kwalifikacyjnych oraz specjalizacji.

3. Pielęgniarstwo neonatologiczne:

- dyplom ukończenia szkoły,
- aktualne prawo wykonywania zawodu,
- aktualne zaświadczenie ukończenia kursu z krwiodawstwa i krwiolecznictwa,
- minimum 2 letnie doświadczenie zawodowe w oddziale neonatologicznym,
- posiadanie kursów szczepień i RKO noworodka
- dodatkowym atutem przy wyborze oferenta będzie posiadanie specjalizacji neonatologicznej,

4.5.6.7. Pielęgniarstwo anestezjologiczne:

- dyplom ukończenia szkoły,
- aktualne prawo wykonywania zawodu,
- kurs kwalifikacyjny z anestezjologii lub specjalizacja anestezjologiczna
- aktualne zaświadczenie ukończenia kursu z krwiodawstwa i krwiolecznictwa,
- minimum 2 letnie doświadczenie w oddziałach,

8.9.10. Pielęgniarstwo w oddziałach chirurgii ogólnej, urazowo-ortopedycznej i chorób wewnętrznych:

- dyplom ukończenia szkoły,
- aktualne prawo wykonywania zawodu,
- aktualne zaświadczenie ukończenia kursu z krwiodawstwa i krwiolecznictwa,
- minimum 2 letnie doświadczenie zawodowe w oddziałach szpitalnych,
- dodatkowym atutem przy wyborze oferenta będzie posiadanie kursów kwalifikacyjnych oraz specjalizacji,

11. Pielęgniarstwo ratunkowe:

- dyplom ukończenia szkoły,
- aktualne prawo wykonywania zawodu,
- kurs kwalifikacyjny z anestezjologii lub chirurgiczny bądź pielęgniarstwa ratunkowego
- aktualne zaświadczenie ukończenia kursu z krwiodawstwa i krwiolecznictwa,
- minimum 2 letnie doświadczenie zawodowe w oddziałach szpitalnych,
- dodatkowym atutem przy wyborze oferenta będzie posiadanie kursów kwalifikacyjnych oraz specjalizacji ratunkowej.

12. Pielęgniarstwo dializoterapia:

- dyplom ukończenia szkoły,
- aktualne prawo wykonywania zawodu,
- kurs specjalistyczny lub kwalifikacyjny z dializoterapii
- aktualne zaświadczenie ukończenia kursu z krwiodawstwa i krwiolecznictwa,
- minimum 2 letnie doświadczenie zawodowe w dializoterapii,
- dodatkowym atutem przy wyborze oferenta będzie posiadanie kursów kwalifikacyjnych oraz specjalizacji,

Do Konkursu mogą przystąpić:

1. podmioty wykonujące działalność leczniczą w rozumieniu art. 5 ust. 2 pkt 2 lit. a ustawy o działalności leczniczej, z wyłączeniem indywidualnej praktyki wyłącznie w miejscu wezwania oraz specjalistycznej indywidualnej praktyki wyłącznie w miejscu wezwania,
2. pielęgniarki i położne niewykonyjące zawodu w ramach działalności leczniczej, o której mowa w pkt 1 w przypadku wyboru oferty muszą niezwłocznie dopełnić formalności związanych z założeniem działalności gospodarczej, nie później, niż w dniu podpisania umowy.

WYMOGI FORMALNE I MERYTORYCZNE W ZAKRESIE PRZYGOTOWANIA OFERTY

1. Ofertę należy sporządzić w języku polskim zgodnie z niniejszymi Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, w formie maszynopisu lub wydruku i uzupełnić wymaganymi załącznikami (dopuszczalne jest wypełnienie załączników przy użyciu długopisu lub pióra czytelnym pismem). Każda zapisana strona oferty powinna być podpisana i/lub opatrzona imienną pieczętą Świadczeniodawcy. Oferty nieczytelne zostaną odrzucone.
2. Wszelkie poprawki, przekreślenia lub zmiany w tekście powinny być parafowane przez Świadczeniodawcę.
3. Ofertę należy opracować na załączonym druku „OFERTA”.
4. Świadczeniodawca nie może dokonywać żadnych zmian merytorycznych we wzorze druku „OFERTA”.
5. Oferta pod rygorem odrzucenia musi zawierać wszelkie wymagane w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert dokumenty.
6. Jeżeli dokument przedstawiony jest w postaci kserokopii – poświadczenie, oprócz adnotacji: *za zgodność z oryginałem*, musi być opatrzone imienną pieczętą i/lub podpisem Świadczeniodawcy.
7. Zamawiający może żądać w trakcie postępowania konkursowego oryginału lub notarialnie poświadczonej kopii dokumentu załączonego przez Świadczeniodawcę wyłącznie wtedy, gdy przedstawiona przez Świadczeniodawcę kopia dokumentu jest nieczytelna lub budzi wątpliwości co do jej autentyczności.
8. Kompletna oferta powinna posiadać ponumerowane strony i składać się:
 - a) ze strony tytułowej sporządzonej według wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do SWKO,
 - b) spisu treści - zał. nr 2 do SWKO,
 - c) formularza ofertowego - zał. nr 3 do SWKO,
 - d) oferty cenowej – zał. nr 4 do SWKO,
 - e) kopii z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub kopii zaświadczenia o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, wydanego przez okręgową radę pielęgniarek i położnych,

- f) wydruku z właściwego rejestru Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG),
 - g) kopii decyzji o nadaniu NIP,
 - h) kopii dyplomu ukończenia uczelni,
 - i) kopii lub odpisu prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej,
 - j) kopii polisy OC, zgodnej z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 roku w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą lub Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 roku w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, obowiązującej w momencie składania ofert.
9. W przypadku gdy dokumenty Świadczeniodawcy określone w pkt. 8, pkt e – j znajdują się w siedzibie Zamawiającego, Świadczeniodawca może złożyć stosowne oświadczenie w tym zakresie. Oświadczenie stanowi załącznik nr 5 do SWKO.
10. Oferty złożone po wyznaczonym terminie lub dostarczone do siedziby Zamawiającego po wyznaczonym terminie nie będą rozpatrywane.
11. Ofertę, przed upływem wyznaczonego terminu do ich składania, można zmienić lub wycofać, zgodnie z postanowieniami Regulaminu.
12. Świadczeniodawcy ponoszą wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
13. Świadczeniodawca może złożyć tylko jedną ofertę na świadczenia medyczne w zakresie objętym określoną pozycją oferty.
14. Świadczeniodawca, który złoży więcej niż jedną ofertę na świadczenia medyczne w zakresie objętym określoną pozycją, zostanie wykluczony z postępowania.
15. Oferta zawierająca wariantowe propozycje w zakresie objętym określoną pozycją oferty zostanie odrzucona.
16. Do konkursu mogą przystąpić wyłącznie osoby spełniające wymagania określone w punktach poprzedzających.

KRYTERIA WYBORU OFERTY

1. Przy wyborze Oferty Komisja konkursowa kierować się będzie następującymi kryteriami:
 - a) Cena – 70 %,
 - b) liczba zaoferowanych godzin (dostępność) – 30 %.
2. W przypadku przeprowadzenia przez Komisję konkursową negocjacji, o których mowa w § 14 ust. 2 lit. b Regulaminu, dla oceny Oferty wiążące są ustalenia negocjacyjne.

TERMIN, MIEJSCE ORAZ SPOSÓB SKŁADANIA OFERT

1. Oferty należy składać w zamkniętej (zaklejonej) kopercie: do dnia 12.XII 2019 r. do godziny 10:50

Termin składania ofert upływa dnia 12.XII 2019r. o godz.- 10:50

w sekretariacie Szpitala – Budynek „D” pok. nr D/03

przy Al. Solidarności 67 w Warszawie.

2. Ofertę wraz ze wszystkimi załącznikami należy umieścić w zapieczętowanej kopercie opatrzonej napisem:

Oferta konkursowa na udzielanie świadczeń zdrowotnych

w zakresie pielęgniarstwa operacyjnego i położniczego

dotyczy postępowania nr VII/...../2019.....

nie otwierać przed 12.XII.2019r. godz. 11:00

(liczba zapisanych stron/kart umieszczonych w kopercie)

UDZIELANIE WYJAŚNIEŃ dot. KONKURSU

Świadczeniodawcy w zakresie Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert mogą zgłaszać pytania:

1. za pośrednictwem poczty/kuriera na adres: Szpital Praski p.w. Przemienienia Pańskiego Sp. o.o., Al. Solidarności 67, 03-401 Warszawa lub

2. osobiście w sekretariacie Szpitala – Budynek „D” pok. nr D/03 w godzinach pracy sekretariatu przy Al. Solidarności 67 w Warszawie, tj. 8.00 – 15.00

3. na adres email Zamawiającego: sekretariat@szpitalpraski.pl

z dopiskiem: „ZAPYTANIE - dotyczy postępowania nr .../...../2019/.....”

MIEJSCE I TERMIN OTWARCIA OFERT

Otwarcia ofert dokona Komisja konkursowa w dniu2019r. o godz. 11:00 w pokoju D/16 Szpitala – budynek „D” w obecności przybyłych Świadczeniodawców. Obecność Świadczeniodawców nie jest obowiązkowa.

ROZSTRZYGNĘCIE KONKURSU

O rozstrzygnięciu Konkursu Świadczeniodawcy zostaną poinformowani za pośrednictwem strony www Zamawiającego: www.szpitalpraski.pl.

TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ

1. Świadczeniodawca jest związany ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu do ich składania.
2. Zamawiający może zwrócić się do Świadczeniodawcy o przedłużenie terminu określonego w pkt 1.

KLAUZULA INFORMACYJNA

1. Informacje dotyczące RODO:

- 1) zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, informuję, że:

- a) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Praski p.w. Przemienienia Pańskiego Sp. z o.o. w Warszawie, Al. Solidarności 67, 03-401 Warszawa, wpisaną do Rejestru Przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIIIU

wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000468274, kapitał zakładowy 18.505.000 zł, NIP: 1132866688, REGON: 012298823;

- b) kontakt z inspektorem ochrony danych osobowych w Szpitalu Praskim wyłącznie drogą pisemną: iod@szpitalpraski.pl;
- c) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne nr **VII/2019** prowadzonym w trybie konkursu ofert;
- d) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będzie Komisja Konkursowa, której udostępniona zostanie dokumentacja postępowania na podstawie Regulaminu Przeprowadzania Konkursu Ofert na Udzielanie Świadczeń Zdrowotnych w Szpitalu Praskim p.w. Przemienienia Pańskiego Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w Warszawie oraz inne osoby w zakresie realizacji umowy na świadczenie usług medycznych;
- e) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wykonywania/trwania umowy, a także po tym okresie tj. do czasu upływu terminu przedawnienia ewentualnych roszczeń wynikających z umowy ;
- f) obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest wymogiem związanym z udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne; konsekwencje niepodania określonych danych będą skutkowały wykluczeniem z postępowania;
- g) w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
- h) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do cofnięcia zgody na ich przetwarzanie w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody wyrażonej przed jej cofnięciem. Oświadczenie o cofnięciu zgody na przetwarzanie danych osobowych wymaga jego złożenia w formie pisemnej lub elektronicznej na adres mailowy iod@szpitalpraski.pl;
- i) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego- Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO;

**Wyjaśnienie:* skorzystanie z prawa do sprostowania nie może skutkować zmianą wyniku postępowania o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne ani zmianą postanowień umowy w zakresie niezgodnym z ustawą o działalności leczniczej.

***Wyjaśnienie:* prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego.

WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW

1. Strona tytułowa oferty – zał. nr 1.
2. Spis treści – zał. nr 2.
3. Formularz oferty – zał. nr 3.
4. Oferta cenowa – zał. nr 4.
5. Oświadczenie o przekazaniu dokumentów do Zamawiającego – zał. nr 5.
6. Wzór umowy – z załącznikami nr 1-12

ZATWIERDZAM

PREZES ZARZĄDU

V-ce PREZES ZARZĄDU

.....
Andrzej Golimont

Marcin Murawski

Sprawdzono pod względem

formalno-prawnym

robia prawy
O. I. St. Kopyciński

DYREKTOR
ds. Pielęgniarstwa i Położnych

Ewa Wójcicka

STRONA TYTUŁOWA OFERTY

O F E R T A

Postępowanie nr/2019/.....

(wpisać nr postępowania)

.....

(wpisać przedmiot postępowania)

.....

(cd. wpisać przedmiot postępowania)

Świadczeniodawca:

.....

(pełna nazwa świadczeniodawcy zgodnie z nomenklaturą zarejestrowanej działalności)

.....

.....

(cd. pełna nazwa świadczeniodawcy zgodnie z nomenklaturą zarejestrowanej działalności)

Oferta zawiera kolejno ponumerowanych stron.

.....

(data, podpis i pieczętka Świadczeniodawcy)



Postępowanie nr/2019/..... -.....

(wpisać nr postępowania)

(wpisać przedmiot postępowania oferty)

.....
(cd. przedmiotu postępowania oferty)

Spis treści:

Nr strony (od - do)

1. ....	.....
2. ....	.....
3. ....	.....
4. ....	.....
5. ....	.....
6. ....	.....
7. ....	.....
8. ....	.....
9. ....	.....
10. ....	.....

.....
(data, podpis i pieczętka Świadczeniodawcy)

FORMULARZ OFERTY

Przystępując do Konkursu na świadczenie usług zdrowotnych polegających na

.....
.....

(wpisać przedmiot i numer postępowania)

- numer postępowania/2019/.... ogłoszonego przez Szpital Praski p.w. Przemienienia Pańskiego Sp. o.o., z siedzibą przy Al. Solidarności 67 w Warszawie:

1. Oświadczam, iż oferuję wykonanie przedmiotu Konkursu określonego w Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.
2. Oświadczam, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty realizacji zamówienia, oraz że cena nie zostanie zmieniona w trakcie wykonywania przedmiotu zamówienia.
3. Oświadczam, że wykonam przedmiot umowy na zasadach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert i w terminach uzgodnionych z Zamawiającym.
4. Oświadczam, że wykonam przedmiot Konkursu z należytą starannością, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz zasadami sztuki medycznej.
5. Oświadczam, że kwota wskazana w formularzu cenowym obejmuje wszystkie koszty jakie Zamawiający zobowiązany będzie ponieść w związku z wykonaniem przedmiotowego zamówienia (tj. koszty badań profilaktycznych, koszty dojazdu, koszty przeszkolenia, w szczególności w zakresie bhp i ppoż., koszty ubioru zgodnie z wymogami prawa i zasadami obowiązującymi u Zamawiającego).
6. Oświadczam, że:
 - a) zapoznałem się z treścią ogłoszenia i dokumentacją konkursową (SWKO wraz ze wszystkimi załącznikami) i nie wnoszę zastrzeżeń do ich treści;
 - b) otrzymana dokumentacja konkursowa jest wystarczająca do złożenia oferty;
 - c) akceptuję projekt umowy, w tym w szczególności kary umowne i warunki zapłaty za wykonanie przedmiotu zamówienia.
 - d) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów postępowania konkursowego.

.....
(data, podpis i pieczęć Świadczeniodawcy)

Postępowanie nr/2019/

(wpisać nr postępowania)

(wpisać przedmiot postępowania)

.....
(c.d. wpisać przedmiot postępowania)

Oferta cenowa

Oświadczam, że zobowiązuje się do wykonywania świadczeń zdrowotnych w Szpitalu Praskim p.w. Przemienienia Pańskiego Sp. o.o. z siedzibą w Warszawie, Al. Solidarności 67, 03-401 w Warszawa polegających na:

.....
.....
(wymienić nazwę świadczenia /usługi zdrowotnej)

1. Proponowana stawka godzinowa z tytułu realizacji Umowy za 1 godzinę udzielanych świadczeń zdrowotnych: **(dotyczy Centralnego Bloku Operacyjnego)**

1) w przypadku realizowania Umowy w wymiarze do 120 godzin włącznie)zł brutto za 1 godzinę (słownie:.....)

2) w przypadku realizowania Umowy w wymiarze przekraczającym 120 godzin)..... zł brutto za 1 godzinę (słownie:.....)

Jednocześnie gwarantuję możliwość wykonywania tego świadczenia w liczbie godzin nie mniej niż

.....
2. Proponowana stawka godzinowa z tytułu realizacji Umowy za 1 godzinę udzielanych świadczeń zdrowotnych: **(dotyczy wszystkich oddziałów z wyłączeniem Centralnego Bloku Operacyjnego i Oddziału Intensywnej Terapii)**

..... zł brutto za 1 godzinę (słownie :.....)

Jednocześnie gwarantuję możliwość wykonywania tego świadczenia w liczbie godzin nie mniej niż

.....

3. Proponowana stawka godzinowa z tytułu realizacji Umowy za 1 godzinę udzielanych świadczeń zdrowotnych: **(dotyczy Oddziału Intensywnej Terapii)**

1) zł brutto za 1 godzinę (słownie :.....
w przypadku realizowania Umowy w wymiarze do 60 godzin włącznie)

2) zł brutto za 1 godzinę (słownie :.....
w przypadku realizowania Umowy w wymiarze od 61 godzin do 95 godzin włącznie)

3) zł brutto za 1 godzinę (słownie :.....
w przypadku realizowania Umowy w wymiarze od 96 godzin do 160 godzin włącznie)

4) zł brutto za 1 godzinę (słownie :.....
w przypadku realizowania Umowy w wymiarze przekraczającym 160 godzin)

3 a. W przypadku gdy oferent zagwarantuje przez łączny okres 12 miesięcy świadczenie opieki pielęgniarstwa w Oddziale Intensywnej Terapii - w wymiarze co najmniej 160 godzin miesięcznie stawka wyniesie zł za każdą przepracowaną godzinę

Jednocześnie gwarantuję możliwość wykonywania tego świadczenia w liczbie godzin nie mniej niż
.....

.....
(data, podpis i pieczęć Świadczeniodawcy)

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany..... oświadczam, że niżej określone dokumenty znajdują się u Zamawiającego:

**niepotrzebne skreślić*

1. kopia z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub kopia zaświadczenia o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą o którym mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej wydanego przez okręgową radę pielęgniarek i położnych,
2. wydruk z właściwego rejestru Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG);
3. kopia decyzji o nadaniu NIP,
4. kopia lub odpis prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej,
5. kopia dyplomu pielęgniarki,
6. kopia polisy OC obowiązującej w momencie składania ofert, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 roku w sprawie *obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą* lub z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 roku w sprawie *obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą*.

.....
(data, podpis i pieczęć Świadczeniodawcy)