



**Nr K/08/01/2025**

Warszawa, dnia.....

**Warszawski Szpital Południowy Sp. z o.o.**

**w Warszawie**

**ul. rtm. Pileckiego 99**

**02-781 Warszawa**

**FORMULARZ OFERTOWY**

Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Warszawskiego Szpitala Południowego Sp. z o.o. w zakresie usług Położnej/Położnika na odcinku:

Sala Porodowa

Izba Przyjęć





**1. DANE OFERENTA:**

**Imię i nazwisko oferenta**.....

**PESEL** .....

**Wykonywany zawód**.....

**Specjalizacja w dziedzinie(stopień):**.....

**Firma oferenta zgodnie z dokumentem rejestrowym:**

**Nazwa:**

.....

**NIP:**.....

**REGON:**.....

**Kod pocztowy:**.....

**Miejscowość:**.....

**Ulica i numer domu:**.....

**Numer telefonu:**.....

**email:**.....

**Nazwa banku i nr konta bankowego:** .....

**Adres do korespondencji:**.....

**2. KRYTERIA OFERTY**

**CENA ŚWIADCZENIA USŁUG:**

**1. Izba Przyjęć**

Stawka brutto w PLN za jedną godzinę świadczeń zdrowotnych.....

**2. Sala Porodowa**

a. **Stawka w przypadku** przepracowania w danym miesiącu 120 godzin lub mniej lub nie osiągnięciu 163 porodów ..... **zł brutto.**

b. **Stawka w przypadku** przepracowania w danym miesiącu ponad 120 godzin lub osiągnięciu 163 porodów ..... **złotych brutto;**

c. **Stawka w przypadku** przepracowania w danym miesiącu ponad 120 godzin i osiągnięciu 163 porodów ..... **złotych brutto;**





**JAKOŚĆ:**

- Specjalizacja lub Kurs Kwalifikacyjny
- Kurs resuscytacji krążeniowo-oddechowej dla pielęgniarek i położnych
- Kurs resuscytacji krążeniowo-oddechowej noworodka

**KOMPLEKSOWOŚĆ ŚWIADCZENIA USŁUG:**

Deklaruję udzielanie świadczeń zdrowotnych w sobotę, niedzielę, święto lub inne dni ustawowo wolne od pracy w ilości:

- 72h w miesiącu
- 48h w miesiącu
- 24h w miesiącu

**DOSTĘPNOŚĆ ŚWIADCZENIA USŁUG:**

Deklaruję miesięczną liczbę godzin udzielania świadczeń zdrowotnych:

- 120 h i więcej godzin miesięcznie
- poniżej 120 h miesięcznie

**CIĄGŁOŚĆ ŚWIADCZENIA USŁUG:**

- w okresie 6-miesięcy poprzedzających złożenie oferty realizowałem/ałam w Warszawskim Szpitalu Południowym świadczenia zdrowotne będące przedmiotem konkursu.
- w okresie 6-miesięcy poprzedzających złożenie oferty nierealizowałem/ałam w Warszawskim Szpitalu Południowym świadczenia zdrowotne będące przedmiotem konkursu.

**3. OŚWIADCZENIA:**

1. Oświadczam, że zapoznałem (am) się z treścią ogłoszenia o konkursie, (wraz ze wszystkimi załącznikami) i nie zgłaszam zastrzeżeń do ich treści oraz że dokumentacja konkursowa jest wystarczająca do złożenia oferty.
2. Oświadczam, że powyższe dane są prawdziwe.
3. Oświadczam, że w cenie/stawce oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty realizacji zamówienia w tym: koszty badań profilaktycznych, koszty dojazdu, koszty przeszkolenia, w szczególności w zakresie bhp i ppoż., koszty ubioru zgodnie z wymogami prawa i zasadami obowiązującymi u Udzielającego zamówienia oraz że cena nie zostanie zmieniona w trakcie wykonywania przedmiotu zamówienia.



4. Oświadczam, że dopuszczam na wniosek Udzielającego zamówienia, za zgodą obu stron, możliwość zmiany bądź rozszerzenia miejsca udzielania świadczeń a także możliwość zmiany bądź rozszerzenia grupy świadczeniobiorców objętych niniejszą umową.
5. Oświadczam, że spełniam warunki o których mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej ( Dz. U. z 2022.633.).
6. Oświadczam, że posiadam aktualne orzeczenie o stanie zdrowia od lekarza medycyny pracy potwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy, wykonane na koszt własny bądź w przypadku braku powyższego orzeczenia, na dzień złożenia oferty zobowiązanie o przedłożeniu kopii orzeczenia o stanie zdrowia na dzień podpisania umowy
7. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
8. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami oraz z zasadami etyki zawodowej;
9. Zobowiązuję się do podejmowania i prowadzenia działań mających na celu zapewnienie należytej jakości udzielanych świadczeń;
10. Posiadam odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do udzielania w/w rodzaju świadczeń.
11. Zobowiązuję się do przestrzegania praw pacjenta;
12. Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji dotyczących Udzielającego Zamówienia oraz związanych z realizacją umowy i które to informacje stanowią tajemnicę w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji;
13. Zobowiązuję się do zapoznania z Regulaminem Organizacyjnym oraz z Regulaminem Udzielania Świadczeń Zdrowotnych oraz obowiązującymi procedurami wewnętrznymi Udzielającego Zamówienia przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych;
14. Zobowiązuję się do odbycia wstępnego szkolenia z zakresu podstawowych zasad zapobiegania zakażeniom szpitalnym. (nie dotyczy osób, które kontynuują współpracę).
15. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów postępowania konkursowego.
16. Zostałem poinformowany, że:
  - a) Administratorem moich danych osobowych jest Warszawski Szpital Południowy Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ul. rtm. Pileckiego 99, 02-781 Warszawa
  - b) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych nadzorującego prawidłowość przetwarzania danych osobowych, z którym mogę się kontaktować wysyłając informację na adres e-mail: [iod@szpitalpoludniowy.pl](mailto:iod@szpitalpoludniowy.pl)





- c) Moje dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne w celu wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy.
- d) Dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi Administrator zawarł umowę w związku z realizacją usług na rzecz Administratora (np. kancelarię prawną, dostawca oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych).
- e) Dane nie będą udostępniane podmiotom zewnętrznym, przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowych oraz nie będą podlegały profilowaniu.
- f) Mam prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie Administratora.
- g) Moje dane osobowe będą przechowywane do momentu upływu okresu przewidzianego w przepisach prawa.
- h) Przysługuje mi prawo dostępu do treści moich danych oraz prawo ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.
- i) Podanie danych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji celu ich przetwarzania. Konsekwencja niepodania danych osobowych jest brak możliwości realizacji umowy.
- j) Administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o moje dane osobowe.

#### **ZAŁĄCZNIKI:**

1. Wydruk **wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego (aktualny, nie starszy niż 1 miesiąc)** – zał. nr 1
2. Wydruk wpisu do **Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG) aktualny, nie starszy niż jeden miesiąc** – zał. nr 2
3. Poświadczony kopie dokumentów dotyczących **dyplomu/świadectwa ukończenia szkoły medycznej nadającej uprawnienia wykonywania zawodu Położnej** – zał. nr 3
4. Poświadczona kopia **Specjalizacji lub Kursu kwalifikacyjnego)** – zał. nr 4
5. Poświadczona kopia dokumentu uprawniającego do **przetaczania krwi i jej składników dla Pielęgniarek i Położnych (wymagane)**, – zał. nr 5
6. Poświadczona kopia dokumentu uprawniającego do **resuscytacji krążeniowo-oddechowej dla pielęgniarek i położnych (niewymagane ale podlegające dodatkowej ocenie)** – zał. nr 6





7. Poświadczona kopia dokumentu uprawniającego do **resuscytacji krążeniowo-oddechowej noworodka (niewymagane ale podlegające dodatkowej ocenie)** – zał. nr 7
8. Poświadczona kopia dokumentu uprawniającego do wykonywania **EKG (niewymagane ale podlegające dodatkowej ocenie)** – zał. nr 8
9. Przebieg pracy zawodowej z uwzględnieniem nazw oddziałów/klinik – zał. nr 9 (dla oferentów, którzy nie wykonywali w latach ubiegłych świadczeń zdrowotnych u Udzielającego Zamówienia)
10. Aktualna polisa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie odpowiedzialności cywilnej w zakresie odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną w wyniku realizacji umowy o udzielenie zamówienia art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022.633) oraz Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia OC podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2019 r., poz. 866). Dotyczy to również odpowiedzialności cywilnej z tytułu przeniesienia chorób zakaźnych, w tym zarażenia wirusem HIV lub oświadczenie Oferenta o dostarczeniu polisy najpóźniej w dniu zawarcia umowy – zał. nr 10
11. Kserokopia orzeczenia o stanie zdrowia od lekarza medycyny pracy potwierdzającego brak przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy zał. nr 11
12. Zaświadczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych wykonane na koszt własny bądź w przypadku braku powyższego zaświadczenia na dzień złożenia oferty zobowiązanie o przedłożeniu kopii orzeczenia o stanie zdrowia na dzień podpisania umowy – zał. nr 12
13. Dodatkowe dokumenty potwierdzające inne kwalifikacje i umiejętności w zakresie przedmiotu niniejszej oferty – zał. nr 13,13 a itd.
14. Pełnomocnictwo wystawione zgodnie ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu oferenta - zał. nr 14

.....

*(podpis i pieczęć oferenta lub osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)*