# Załącznik nr 1 do KO

**Oferta**

Składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie usług pielęgniarki/ pielęgniarza nad pacjentami w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii w Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Staszowie, ul. 11- Listopada 78.

**I. Dane o oferencie:**

Imię i nazwisko: ….........................................................................................................................

Prawo wykonywania zawodu nr …...................................... wydane przez........................................

Wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą ….....................................………

Nazwa działalności: …..........................................……………………………………….

Adres: …..................................................................

NIP …................................................ REGON …........................................................

Dane do kontaktu telefon …................................ lub e-mail ….............................................

**II. Kwalifikacje i proponowane warunki udzielania świadczeń zdrowotnych:**

**A. CENA**

Poniżej należy wpisać stawki brutto w polskich złotych.

Za realizacje świadczeń zdrowotnych w charakterze lekarza wg harmonogramu w zł . :

**Stawka:**

- za 1 h udzielania świadczeń zdrowotnych .……………………………………………..

**B.** **W zakresie kolejnych kryteriów (w kolejności: jakość, kompleksowość, dostępność oraz ciągłość)** oświadczam, iż:

* W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania posiadam ……………………………………………… letnie doświadczenie zawodowe **(wymagane minimum dwuletnie doświadczenie w wykonywaniu zawodu w oddziale anestezjologii |  
  i intensywnej terapii).**
* Posiadam następujące kwalifikacje zawodowe (specjalizacja/e, tytuły i stopnie naukowe) …………………………………………………………………………………………………………………………........................................................................................................................................................................................................................................................................................................
* W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązuje się do udzielania świadczeń w następującym  **zakresie** :

1. w zakresie liczby godzin w miesiącu: ………………………………….………………………………………………………………………
2. w zakresie liczby godzin w miesiącu w dni wolne i święta:

……………………………………………………………………………………………………….

W związku z realizacją przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):

Okres trwania umowy 3 lata – ……….

Okres trwania umowy mniej niż 3 lata, ale nie mniej niż 3 miesiące – ……….

**UWAGA: Każda Oferta musi zawierać dyspozycję Oferenta (Przyjmującego zamówienie) dla wyżej wskazanych kryteriów oceny (tj. jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość). Brak dyspozycji dla którychkolwiek kryteriów oceny będzie skutkował automatycznie odrzuceniem takiej Oferty.**

Najkorzystniejszą ofertą będzie oferta zawierająca najwyższą liczbę punktów, za wszystkie łącznie  
 ocenione kryteria.

**III. Proponowany czas trwania umowy:** …............................................

**IV. Załączniki:**

1. Dyplom: pielęgniarki, prawo wykonywania zawodu, specjalizacja/kurs kwalifikacyjny  
 z anestezjologii i intensywnej terapii.

2. Kserokopia polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej.

3. Wpis do ewidencji działalności gospodarczej.

4. Wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

5. Orzeczenie lekarskie o braku p/wskazań do pracy, szkolenia Bhp.

6. Kserokopia dokumentów potwierdzających kwalifikacje i doświadczenie.

7. inne dokumenty ….............................................................

**V. OŚWIADCZENIA:**

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią projektu umowy.
3. Oświadczam, że zapoznałem się ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu i nie wnoszę

w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.

1. Oświadczam, że jestem związany z oferta przez 30 dni.
2. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne   
   z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
3. Oświadczam, że: wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Staszowie dla celów postępowania konkursowego oraz potrzeb niezbędnych do realizacji świadczeń medycznych określonych w ofercie, zgodnie z art.6 ust.1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego  
    i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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). Przyjmuję do wiadomości, że przysługuje mi prawo wglądu do treści moich danych oraz ich poprawiania, wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie, jak również, że podanie tych danych było dobrowolne.
4. W przypadku wyboru mojej oferty i podjęcie decyzji o zawarciu umowy:

* akceptuję fakt, iż przed zawarciem umowy Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Staszowie uzyska informację czy moje dane są zamieszczone  
   w Rejestrze z dostępem ograniczonym lub rejestrze osób w stosunku do których Państwowa Komisja do spraw przeciwdziałania wykorzystaniu seksualnemu małoletnich poniżej lat 15 wydała postanowienie o wpisie w Rejestrze,
* zobowiązuję się do niezwłocznego przekazania danych niezbędnych do weryfikacji   
  w ww. Rejestrze oraz do doręczania (przed zawarciem umowy) dokumentów wymaganych na podstawie ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym,
* akceptuję fakt, iż podpisanie umowy i rozpoczęcie wykonywania świadczeń uzależnione jest od wypełniania obowiązków wynikających z ww. Ustawy.

**VI. INNE:**

1. Zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach zgodnie  
    z ustalonym przez udzielającego Zamówienie harmonogramem.
2. Zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej na świadczenia zdrowotne, zgodnie z regulacjami określonymi w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 25 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

……………………... ..……………………

data . podpis oferenta