



WOJEWÓDZKI
SZPITAL DZIECIĘCY
IM. J. BRUDZIŃSKIEGO
W BYDGOSZCZY

Wojewódzki Szpital Dziecięcy

im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy

REGON 000898946 • NIP 554-22-35-340

85-667 Bydgoszcz ul. Chodkiewicza 44

tel. 52 32 62 100 • faks 52 32 62 101

www.wsd.org.pl

Bydgoszcz, dnia 23.04.2024 r.

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT

Postępowanie konkursowe prowadzone będzie w oparciu o przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2023 poz. 991 t.j.) oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz.U. z 2024r. poz. 146 t.j.)

Przedmiotem konkursu są następujące świadczenia:

ZAKRES 6 - udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa w Izbie Przyjęć – w wymiarze 670 godzin w okresie od 01.05.2024r. do 31.12.2024r.

Kod CPV: Usługi świadczone przez pielęgniarki, Kod: 85141200-1.

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE:

1. W celu prawidłowego przygotowania i złożenia oferty, Oferent powinien zapoznać się ze wszystkimi informacjami zawartymi w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert.
2. Postępowanie konkursowe przeprowadzone jest zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r., poz. 991 t.j.), ustawą z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024r. poz. 146 t.j.), Regulaminem Przeprowadzania Konkursów Ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz Zarządzeniem Dyrektora WSD nr 27/2024.
3. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu ofert w całości lub części oraz przedłużenia, przesunięcia terminu składania ofert i terminu ogłoszenia rozstrzygnięcia konkursu ofert.
4. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do unieważnienia postępowania w danej specjalności danego oddziału gdy kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Udzielający zamówienia przeznaczył na finansowanie świadczeń zdrowotnych w danym postępowaniu.
5. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo negocjacji ilości godzin zaproponowanych w ofercie.

II. PRZEDMIOT POSTĘPOWANIA

1. Przedmiotem konkursu jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie **pielęgniarstwa Izbie Przyjęć Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy**. Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w podstawowej ordynacji w dni robocze, niedziele i święta oraz dni wolne od pracy zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.
2. Zakres wykonywanych zadań w ramach przedmiotu zamówienia polega na samodzielnym realizowaniu świadczeń pielęgniarstkich w szczególności:
 - a) Świadczenie usług na optymalnym poziomie wg obowiązujących standardów i procedur.
 - b) Realizowanie zaleceń lekarskich
 - c) Udziale w sprawowanej przez 7 dni w tygodniu całodobowej kompleksowej opiece pielęgniarstkiej nad pacjentami leczonymi w oddziale.
 - d) Planowaniu i realizowaniu indywidualnego programu opieki nad pacjentami.
 - e) Uczestniczeniu w badaniach nieinwazyjnych oraz inwazyjnych stosowanych w trakcie

hospitalizacji.

- f) Przygotowaniu stanowiska pracy, zgodnie ze specyfiką oddziału oraz obowiązującymi standardami.
- g) Przetaczaniu krwi i preparatów krwiopochodnych zgodnie z uregulowaniami prawnymi.
- h) Pobieraniu i zabezpieczaniu materiału do badań diagnostycznych;
- i) Uczestniczeniu w działaniach profilaktycznych ze szczególnym uwzględnieniem zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych

Inne obowiązki Przyjmującego Zamówienie obejmują:

1. Wykonywanie świadczeń medycznych określonych w umowie zgodnie z wiedzą medyczną, Kodeksem Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej, obowiązującymi rozporządzeniami MZ oraz Zarządzeniami Prezesa NFZ;
 - a) Udzielanie pierwszej pomocy w nagłych przypadkach oraz w sytuacji zagrożenia życia;
 - b) Znajomość i przestrzeganie praw pacjenta;
 - c) Znajomość i przestrzeganie regulaminów porządkowych Udzielającego Zamówienie;
 - d) Znajomość i przestrzeganie przepisów Udzielającego Zamówienie wynikających z realizacji Programu Akredytacji Szpitala oraz norm ISO;
 - e) systematyczne prowadzenie dokumentacji pacjentów zgodnie ze standardami prowadzenia dokumentacji obowiązującymi u Udzielającego Zamówienie oraz w oparciu o obowiązujące przepisy (Rozporządzenia MZ, zarządzenia Prezesa NFZ).

III. MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

Miejscem udzielania świadczeń jest n/w oddział szpitalny w lokalizacji przy ul. Chodkiewicza 44 w Bydgoszczy:

- **Izba Przyjąć WSD**

IV. WARUNKI WYMAGANE OD OFERENTÓW

1. Ofertę składa Oferent posiadający odpowiednie kwalifikacje:
 - **Posiadanie tytułu zawodowego magistra pielęgniarstwa i specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub**
 - **Posiadanie tytułu zawodowego licencjata pielęgniarstwa i specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub**
 - **Posiadanie tytułu zawodowego pielęgniarzki i specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub**
 - **Posiadanie tytułu zawodowego magistra pielęgniarstwa lub**
 - **Posiadanie tytułu zawodowego licencjata pielęgniarstwa lub**
 - **Posiadanie tytułu zawodowego pielęgniarzki**dysponujący uprawnieniami do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszego postępowania konkursowego.
2. Oferta złożona przez Oferenta powinna być kompletna, złożona zgodnie z wymogami opisanymi w SWKO na formularzu udostępnionym przez Udzielającego zamówienie oraz zawierać wszystkie wymagane oświadczenia i dokumenty opisane w SWKO w treści formularza ofertowego. 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.

V. TERMIN WYKONANIA UMOWY

Umowa będzie obowiązywać od 01.05.2024r. do 31.12.2024r.

VI. WYMAGANE DOKUMENTY I SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERTY

1. Oferent składa ofertę zgodnie z wymogami określonymi w SWKO na formularzu udostępnionym

- przez Udzielającego zamówienia.
2. Formularz ofertowy dostępny jest w Dziale Kadr Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy, budynek C, pokój 3.14, 3.15, 3.16 oraz na stronie internetowej <https://bip.wsd.org.pl> w zakładce „Konkursy ofert”.
 3. Ofertę stanowi wypełniony formularz oferty wg udostępnionego wzoru wraz z następującymi załącznikami:
 - a) kserokopie dokumentów stwierdzających posiadane kwalifikacje
 - dyplom, tytuł naukowy,
 - specjalizacja,
 - certyfikaty, dyplomy potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe z ostatnich 2 lat,
 - b) kserokopię prawa wykonywania zawodu,
 - c) aktualny odpis z właściwego rejestru w OiPP – księga rejestrowa ze wskazaniem Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy jako miejsce udzielania świadczeń,
 - d) zaświadczenie o dokonaniu wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (wydruk ze strony <https://prod.ceidg.gov.pl/ceidg.cms.engine/>),
 - e) kserokopie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej,
 - f) kserokopie zaświadczenia od lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy w charakterze pielęgniarki,
 - g) zaświadczenie o niekaralności,
 - h) zaświadczenie o szkoleniu BHP,
 - i) podpisany formularz oferty stanowiący załącznik nr 2,
 - j) oświadczenie o udzielaniu/nie udzielaniu świadczeń zdrowotnych dzieciom i młodzieży od 0 do 18 roku życia w innych podmiotach, w których świadczenia te opłacane są przez Narodowy Fundusz Zdrowia stanowiące załącznik nr 3,
 - k) oświadczenie o nr konta stanowiące załącznik nr 4,
 - l) oświadczenie stanowiące załącznik nr 5 lub kserokopię zaświadczenia potwierdzającego szczepienie przeciw WZW typu B,
 - m) oświadczenie osoby, z którą ma być nawiązany stosunek pracy lub która ma być dopuszczona do działalności związanej z małoletnimi załącznik nr 6,
 - n) oświadczenie o stażu pracy stanowiące załącznik nr 7,
 - o) w przypadku oferty złożonej przez NZOZ, będący osobą prawną lub jednostką organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej:
 - aktualny odpis z właściwego rejestru,
 - aktualny odpis wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
 - kserokopię statutu lub jego wyciąg określający zadania,
 - kserokopię umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej
 - p) w przypadku gdy Oferent jest reprezentowany przez pełnomocnika – wymagane jest pełnomocnictwo do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta, w szczególności do złożenia oferty.
 4. Oferta powinna być sporządzona w sposób przejrzysty i czytelny.
 5. Ofertę oraz wszystkie załączniki należy sporządzić w języku polskim, z wyłączeniem pojęć medycznych.
 6. Oferent ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
 7. Ewentualne poprawki w treści oferty muszą być parafowane i datowane własnoręcznie przez Oferenta.
 8. Oferent składający oświadczenie odpowiedzialny jest za prawdziwość oświadczeń. Podanie nieprawdziwych danych może skutkować odrzuceniem oferty.
 9. **WSZYSTKIE DOKUMENTY STANOWIĄCE INTEGRALNĄ CZĘŚĆ OFERTY MUSZĄ BYĆ PRZEDSTAWIONE W ORYGINALE LUB W FORMIE KSEROKOPII POŚWIADCZONYCH ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM (KAŻDA STRONA DOKUMENTU) I PARAFOWANE PRZEZ OFERENTA.**

VII. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT

1. Wypełniony formularz oferty wraz z wymaganymi załącznikami należy umieścić w zamkniętej kopercie opatrzonej napisem: „**Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu pielęgniarstwa na Izbie Przyjęć. Oferty nie otwierać przed 29.04.2024 r. godz. 11:00**” i dostarczyć w terminie do dnia 29.04.2024r. do godziny 10:00 do Sekretariatu Szpitala w budynku C, I piętro.

VIII. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ

Oferent związany jest ofertą do 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.

IX. KOMISJA KONKURSOWA

1. W celu przeprowadzenia konkursu ofert Udzielający zamówienia powołuje Komisję konkursową.
2. Szczegółowe zasady pracy Komisji konkursowej i tryb postępowania określa Regulamin Pracy Komisji Konkursowej.
3. Członkiem Komisji konkursowej nie może być osoba podlegająca wyłączeniu z udziału w Komisji w przypadkach wskazanych w Regulaminie Pracy Komisji Konkursowej.
4. W przypadku stwierdzenia przez Komisję Konkursową braków formalnych w złożonej ofercie, Komisja Konkursowa wzywa Oferenta do ich uzupełnienia.
5. W przypadku odrzucenia oferty z przyczyn formalnych Komisja Konkursowa powiadamia Oferenta oraz podaje przyczyny odrzucenia.

X. MIEJSCE I TERMIN OTWARCIA OFERT

1. Otwarcie złożonych ofert nastąpi w siedzibie Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy w Sali wykładowej w budynku C w dniu 29.04.2024r. od godz. 11:00.
2. Otwarcie ofert jest jawne i nastąpi w miejscu i terminie wskazanym w ogłoszeniu
3. Podczas otwierania kopert z ofertami oferenci mogą być obecni oraz mogą składać wyjaśnienia i oświadczenia do protokołu.
4. Komisja konkursowa w części jawnej ogłasza obecnym oferentom, które z ofert będą brały udział w konkursie, a które zostają odrzucone.
5. Odrzuceniu podlega oferta:
 - a) złożona po terminie,
 - b) zawierająca nieprawdziwe informacje,
 - c) jeżeli Przyjmujący zamówienie nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanej liczby lub ceny świadczeń opieki zdrowotnej,
 - d) jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia,
 - e) jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów,
 - f) jeżeli oferent złożył ofertę alternatywną,
 - g) jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz w dokumentach niniejszego postępowania konkursowego.

Umowa zostanie zawarta z oferentem wyłonionym w postępowaniu konkursowym, po ustaleniu, że Oferent nie figuruje w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym, co następuje na podstawie udostępnionych przez oferenta danych, zgodnych z § 14 Rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z dnia 31 lipca 2017 r. w sprawie trybu, sposobu i zakresu uzyskiwania i udostępniania informacji z Rejestru z dostępem ograniczonym oraz sposobu zakładania konta użytkownika (druk kwestionariusza osobowego dla wyłonionego Oferenta w postępowaniu konkursowym udostępniony będzie do uzupełnienia w Dziale Kadr)

XI. KRYTERIA OCENY OFERT

1. Przy wyborze ofert Udzielający zamówienia będzie się kierował następującymi kryteriami: wysokość wynagrodzenia zaoferowana przez Przyjmującego zamówienie (cena), kwalifikacje, jakość udzielanych świadczeń, kompleksowość, dostępność, ciągłość.
2. Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która uzyska najwyższą liczbę punktów obliczonych

w oparciu o ustalone kryteria przedstawione w poniższej tabeli

3. Udzielający zamówienia może dokonać wyboru więcej, niż jednej oferty, do wyczerpania kwoty, jaką Udzielający zamówienia przeznaczył na sfinansowanie zamówienia, lub liczby wykonawców umożliwiających prawidłowe wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym zamówieniem.
4. Kryteria oceny:

L.p.	Nazwa kryterium	Maksymalna liczba punktów
1	Wysokość wynagrodzenia za realizację zamówienia (cena)	30
2	jakość udzielanych świadczeń (w szczególności doświadczenie zawodowe, pozytywne relacje z pacjentami i ich opiekunami prawnymi)	30
3	kompleksowość	10
4	dostępność	3
5	ciągłość	27

- 1) **Oceniając cenę** Oferent otrzyma maksymalnie **30** punktów. Kryterium finansowe to wartość pkt uzyskana na podstawie poniższego wyliczenia:

$$S = (SN/SX) \times 30$$

gdzie:

S - liczba punktów za kryterium finansowe

SN – najniższa proponowana stawka za godzinę spośród ważnych ofert

SX – proponowana przez Oferenta stawka za godzinę

- 2) **Oceniając jakość** Oferent otrzyma:
 - **30** punktów jeżeli posiada tytuł magistra pielęgniarstwa i specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwo pediatryczne i przedstawi oświadczenie o stażu pracy;
 - **20** punktów jeżeli posiada tytuł licencjata pielęgniarstwa lub tytuł pielęgniarki i specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwo pediatryczne i przedstawi oświadczenie o stażu pracy;
 - **15** punktów jeżeli posiada tytuł magistra pielęgniarstwa lub licencjata pielęgniarstwa lub tytuł pielęgniarki i przedstawi oświadczenie o stażu pracy
- 3) **Oceniając kompleksowość** Oferent otrzyma:
 - **10** punktów jeżeli zaoferuje wykonywanie świadczeń określonych w niniejszym konkursie ofert w zakresie całodobowym
 - **8** punkty jeżeli zaoferuje wykonywanie świadczeń określonych w niniejszym konkursie ofert w godzinach od 7:00 do 14:30.
- 4) **Oceniając dostępność** Oferent otrzyma:
 - **3** pkt jeżeli zaoferuje wykonywanie świadczeń określonych w niniejszym konkursie ofert w wymiarze nie mniej niż 140 godzin miesięcznie na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii.
 - **2** pkt jeżeli zaoferuje wykonywanie świadczeń określonych w niniejszym konkursie ofert w wymiarze nie mniej niż 70 godzin miesięcznie na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii.
- 5) **Oceniając ciągłość** Oferent otrzyma:
 - **27** pkt za udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa w okresie 24 miesięcy poprzedzających złożenie oferty na rzecz Udzielającego zamówienia.
 - **22** pkt za udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa w okresie 12 miesięcy poprzedzających złożenie oferty na rzecz Udzielającego zamówienia.

Ocenę końcową oferty stanowi suma punktów poszczególnych kryteriów.

XII. ŚRODKI ODWOŁAWCZE

1. W toku postępowania konkursowego na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, do czasu zakończenia postępowania, Komisja przyjmuje i rozstrzyga umotywowane protesty, w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
2. Protest podlega rozpoznaniu, jeżeli został złożony przez oferenta na piśmie, w toku danego postępowania konkursowego, jednakże przed rozstrzygnięciem konkursu.
3. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ulega zawieszeniu, chyba że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.
4. Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
5. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
6. W razie uwzględnienia protestu Komisja powtarza zaskarżoną czynność oraz, w razie potrzeby inne czynności podjęte w toku postępowania.
7. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na stronie internetowej BIP oraz na stronie wewnętrznej Szpitala.
8. W przypadku uwzględnienia protestu Komisja powtarza zaskarżoną czynność.



WOJEWÓDZKI
SZPITAL DZIECIĘCY
IM. J. BRUDZIŃSKIEGO
W BYDGOSZCZY

Wojewódzki Szpital Dziecięcy im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy

REGON 000898946 • NIP 554-22-35-340

85-667 Bydgoszcz ul. Chodkiewicza 44

Dział Kadr

tel. +48 797 008 526 • tel. 52 32 62 252 • kadry@wsd.org.pl

Załącznik nr 1 do SWKO

**Umowa nr ...
o udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu pielęgniarstwa zawarta w dniu ... roku**

na podstawie art. 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 poz. 991 t.j.) w wyniku przeprowadzonego konkursu ofert pomiędzy:

Wojewódzkim Szpitalem Dziecięcym im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy, z siedzibą przy ul. Chodkiewicza 44, 85-667 Bydgoszcz, o nr REGON 000898946, o nr NIP 554-22-35-340, zarejestrowanym w KRS w Bydgoszczy XIII WG pod nr KRS 0000002360, reprezentowanym przez: **Dyrektora Szpitala – mgr Edwarda Hartwicha**, zwanym w treści umowy „**Udzielającym zamówienia**”, a

Panią/Panem zamieszkałą/-ym, prowadzącym działalność gospodarczą wpisaną do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej pod nazwą

Zwaną/-ym w treści umowy „Przyjmującym zamówienie”,

o następującej treści:

Postanowienia ogólne

§ 1

Do niniejszej umowy mają zastosowanie następujące przepisy prawne:

1. ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
2. ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej,
3. ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
4. Statut Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy,
5. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego,
6. rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 roku w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
7. inne przepisy obowiązujące w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej.

§ 2

Przyjmujący zamówienie oświadcza, że:

1. Posiada prawo wykonywania zawodu pielęgniarki ... wydane przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w ...
2. Prowadzi indywidualną praktykę pielęgniarską wpisaną do Rejestru Pielęgniarek i Położnych, prowadzonego przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w ... pod nr ...
3. Posiada umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym niniejszą umową

§ 3

1. Przedmiotem umowy jest ustalenie zasad udzielania świadczeń zdrowotnych przez **Przyjmującego zamówienie** w zakresie pielęgniarstwa w oddziale ... na rzecz **Udzielającego zamówienia**.

Obowiązki Przyjmującego zamówienie

§ 4

Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do:

1. Wykonywania z należytą starannością obowiązków pielęgniarki oddziału ... w zakresie określonym w niniejszej umowie i zgodnie z warunkami ustalonymi w **załączniku nr 1** do niniejszej umowy, w szczególności do:

- a) osobistego udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy na zasadach wymienionych w § 6, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi jej metodami i środkami, z zachowaniem w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu,
 - b) przestrzegania zasad wynikających z Kodeksu Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej RP,
 - c) udzielania świadczeń pielęgniarskich w innych oddziałach, przychodniach **Udzielającego zamówienia**,
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do znajomości i przestrzegania:
 - a) aktów prawnych obowiązujących w ochronie zdrowia,
 - b) przepisów określających prawa i obowiązki pacjenta,
 - c) regulaminu organizacyjnego **Udzielającego zamówienie**,
 - d) standardów udzielania świadczeń zdrowotnych ustalonych przez **Udzielającego zamówienie**,
 - e) standardów udzielania świadczeń zdrowotnych ustalonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia
 - f) aktów prawnych obowiązujących w ochronie danych osobowych.
 3. Przebywania w godzinach ustalonych w harmonogramie udzielania świadczeń na terenie Szpitala, a po odrębnym uzgodnieniu z **Udzielającym zamówienia** lub osobą przez niego upoważnioną do pozostawania w dyspozycji całą dobę.
 4. Niezwłocznego tj. przed godzinami rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych informowania Pielęgniarki Oddziałowej o przyczynie i okresie nieobecności.
 5. Dokładnego i systematycznego prowadzenia dokumentacji medycznej i sprawozdawczości statystycznej z realizacji zadań w terminach i według wzorów obowiązujących podmioty wykonujące działalność leczniczą.
 6. Dbania o mienie **Udzielającego zamówienia**, z którego **Przyjmujący zamówienie** korzysta celem realizacji niniejszej umowy.
 7. Prawidłowego, zgodnego z instrukcją obsługi użytkownika sprzętu i aparatury medycznej używanych przez niego w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.
 8. Samodzielnego opłacania i rozliczania składek na ubezpieczenie zdrowotne, ubezpieczenie społeczne oraz inne świadczenia (w tym rozliczenia z Urzędem Skarbowym), wynikające z obowiązujących przepisów, które **Przyjmujący zamówienie** pokrywa we własnym zakresie.
 9. Zawarcia się na własny koszt umowy odpowiedzialności cywilnej w zakresie udzielonego zamówienia zgodnie z przepisami, o których mowa w § 1 pkt 5 niniejszej umowy.
 10. Poddania się kontroli przeprowadzanej przez **Udzielającego zamówienia** oraz ze strony podmiotu kontrolującego **Udzielającego zamówienia** w szczególności w zakresie:
 - a) zakresu, sposobu i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych,
 - b) prawidłowości prowadzonej dokumentacji medycznej,
 - c) liczby i rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych
 - d) prowadzenia wymaganej sprawozdawczości,
 - e) terminowej realizacji zaleceń pokontrolnych,
 - f) przestrzegania przepisów BHP, PPOŻ i innych wynikających z obowiązujących przepisów prawa, regulaminów i zarządzeń **Udzielającego zamówienia**. Zasady i warunki kontroli pod względem formalnym i merytorycznym określają obowiązujące przepisy i umowy **Udzielającego zamówienia** zawarte z NFZ.
 11. Zachowania w tajemnicy warunków realizacji niniejszej umowy oraz wszelkich informacji i danych pozyskanych w związku z tą umową.
 12. Przestrzegania przy wykonywaniu niniejszej umowy zasad i regulaminów obowiązujących u **Udzielającego zamówienia** w zakresie ochrony danych osobowych.
 13. Dostarczenia **Udzielającemu zamówienia** oraz aktualizowania wszelkich niezbędnych dokumentów, a w szczególności:
 - a) polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zgodnie z wymogami rozporządzenia, o którym mowa w § 1 pkt 3,
 - b) orzeczenia lekarskiego o zdolności do świadczenia usług,
 - c) aktualnych zaświadczeń potwierdzających odbycie szkoleń z zakresu bhp i p.poż.
 14. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązany jest do wykonywania świadczeń zdrowotnych we własnej odzieży roboczej, spełniającej wymogi Polskich Norm.
 15. **Przyjmujący zamówienie** pokrywa koszty utrzymania odzieży ochronnej i roboczej w należyłym stanie.
 16. Przestrzegania przy wykonywaniu niniejszej umowy zasad i regulaminów obowiązujących u **Udzielającego zamówienia** w zakresie ochrony danych osobowych.
 17. Prowadzenia szkoleń podyplomowych i specjalizacyjnych pielęgniarek.

18. Nie podejmowania, bez zgody **Udzielającego zamówienia**, działalności konkurencyjnej polegającej na udzielaniu tożsamyh z niniejszą umową świadczeń zdrowotnych dzieciom i młodzieży od 0 do 18 roku życia w innych podmiotach, w których świadczenia te opłacane są przez Narodowy Fundusz Zdrowia – w okresie obowiązywania nin. umowy.

Odpowiedzialność Przyjmującego zamówienie

§ 5

1. **Przyjmujący zamówienie** ponosi odpowiedzialność cywilną, zawodową, dyscyplinarną i karną zgodnie z obowiązującymi przepisami.
2. Za szkody powstałe w mieniu udostępnionym **Przyjmującemu zamówienie**, odpowiada on do pełnej wysokości wyrządzonej szkody, jeżeli powstanie ona w wyniku zaniechania, niedbalstwa, umyślnego uszkodzenia lub zagubienia.
3. **Przyjmujący zamówienie** odpowiada za racjonalne wykorzystanie przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych sprzętu, aparatury, a także leków, artykułów sanitarnych itp.
4. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną, przy udzielaniu świadczeń w zakresie udzielonego zamówienia ponoszą solidarnie **Udzielający zamówienia** i **Przyjmujący zamówienie**.
5. Naruszenie obowiązków określonych w § 4 pkt 13 powoduje odpowiedzialność **Przyjmującego zamówienie** za wyrządzone szkody **Udzielającemu zamówienia** wg zasad określonych w kodeksie cywilnym.

Czas i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych

§ 6

1. **Przyjmujący zamówienie** udziela świadczeń zdrowotnych zgodnie z harmonogramem sporządzonym przez Pielęgniarkę Oddziałową w uzgodnieniu z Naczelną Pielęgniarką.
2. Harmonogram, o którym mowa w pkt 1, obejmuje dni robocze, niedziele i święta oraz dni wolne. Harmonogram sporządza **Udzielający zamówienia** i przedstawia go **Przyjmującemu zamówienie** nie później niż na 5 dni przed rozpoczęciem kolejnego miesiąca kalendarzowego.
3. Liczba godzin do wypracowania w roku **wynosi** wliczając w to dyżury w niedzielę, święta i dni wolne.
4. **Przyjmujący zamówienie** w razie niemożności osobistego udzielania świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy może, za zgodą **Udzielającego zamówienia**, powierzyć wykonywanie swoich czynności zastępcy lub zastępcom.
5. Osobą zastępującą **Przyjmującego zamówienie** w wykonywaniu niniejszej umowy musi być pielęgniarka legitymująca się kwalifikacjami fachowymi do udzielania świadczeń zdrowotnych co najmniej równymi **Przyjmującego zamówienie**.
6. **Przyjmujący zamówienie** ponosi odpowiedzialność za czynności swojego zastępcy jak za czynności własne.
7. Odpowiedzialność **Przyjmującego zamówienie** i osoby go zastępującej (zastępcy), za czynności tej ostatniej jest solidarna.
8. Za okres udzielania świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę zastępującą **Przyjmującemu zamówienie** nie przysługuje wynagrodzenie.

Prawa Przyjmującego zamówienie

§ 7

1. **Przyjmujący zamówienie** może w terminie uzgodnionym z **Udzielającym zamówienia** na mocy porozumienia (**załącznik nr 3 do umowy**) nie udzielać świadczeń zdrowotnych. Za okres ten nie przysługuje wynagrodzenie.
2. **Przyjmujący zamówienie** ma prawo do uzyskania od lekarza informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych metodach diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych i dających się przewidzieć następstwach podejmowanych działań, w zakresie niezbędnym do udzielanych przez siebie świadczeń zdrowotnych.
3. **Przyjmujący zamówienie** w przypadkach uzasadnionych wątpliwości ma prawo domagać się od lekarza, który wydał zlecenie, by uzasadnił potrzebę wykonania tego zlecenia.
4. **Przyjmujący zamówienie** ma prawo do korzystania z aparatury i sprzętu medycznego, sprzętu jednorazowego użytku, leków i materiałów sanitarnych (opatrunkowych) oraz bazy lokalowej **Udzielającego zamówienia** i nie ponosi z tego tytułu dodatkowych kosztów.
5. Korzystanie ze środków wymienionych w pkt 5 może odbywać się w zakresie niezbędnym do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową.

Obowiązki Udzielającego zamówienia

§ 8

Udzielający zamówienia zobowiązuje się:

1. Udostępnić **Przyjmującemu zamówienie**, w celu wykonania nin. umowy, pomieszczenia Szpitala wraz ze składnikami majątkowymi tj. aparaturą, sprzętem medycznym, lekami, materiałami medycznymi i innymi środkami niezbędnymi do wykonania zamówienia.
2. Środki udostępnione przez **Udzielającego zamówienia**, o których mowa w pkt 1 nin. paragrafu, nie mogą być używane w inny sposób niż do celów związanych z realizacją nin. umowy.
Przyjmujący zamówienie nie ponosi odpowiedzialności za zużycie rzeczy i środków określonych pkt 1 będącym następstwem ich prawidłowego używania.
3. Przyznać **Przyjmującemu zamówienie** za udzielanie świadczeń zdrowotnych wynagrodzenie określone w § 9.

Zasady wynagradzania

§ 9

1. Strony ustalają wynagrodzenie za świadczenia objęte niniejszą umową w wysokości zł za godzinę świadczeń:
 - a) za godzinę udzielania świadczeń ... zł brutto
2. Wynagrodzenie, o którym mowa w pkt 1, wyczerpuje całość zobowiązań finansowych **Udzielającego zamówienia** za udzielone przez **Przyjmującego zamówienie** świadczenia zdrowotne.

§ 10

1. **Przyjmujący zamówienie** składa **Udzielającemu zamówienia** rachunek/ fakturę za udzielone świadczenia w Dziale Kadr, w terminie 5 dni po zakończeniu miesiąca. Miesiącem obliczeniowym jest czas zawarty między pierwszym, a ostatnim dniem miesiąca poprzedniego, za który następuje wypłata wynagrodzenia.
2. Rachunek/ faktura powinny zawierać:
 - a) imię i nazwisko **Przyjmującego zamówienie**,
 - b) określenie terminów udzielania świadczeń,
 - c) iloczyn ilości wypracowanych godzin oraz stawki określonej w § 9 pkt. 1 lit. „a”,
 - d) należność ogółem,
 - e) **załącznik nr 2 do umowy** będący potwierdzeniem przez Pielęgniarkę Oddziałową udzielonych przez **Przyjmującego zamówienie** świadczeń.
 - f) nr rachunku bankowego w formacie CC AAAA AAAA BBBB BBBB BBBB BBBB
3. **Udzielający zamówienia** wypłaci należność w ciągu 10 dni od złożenia rachunku przez **Przyjmującego zamówienie** na jego konto o nr ... w
4. Za dzień wykonania zobowiązania uważa się dzień obciążenia rachunku bankowego **Udzielającego zamówienie**.
5. Za opóźnienia w wypłacie należności **Przyjmujący zamówienie** może naliczyć odsetki w umownej wysokości połowy wysokości odsetek ustawowych w przypadku nie przekazania środków przez Narodowy Fundusz Zdrowia; a w pozostałych przypadkach w wysokości odsetek ustawowych.
6. Strony ustalają re negocjacje warunków płacowych jeden raz w roku w trakcie obowiązywania umowy, nie wcześniej niż po zawarciu umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na kolejny rok działalności.

Okres obowiązywania umowy

§ 11

1. Umowę zawarto na czas określony **od dnia ... r. do dnia ... r.**
2. Zamawiający zastrzega sobie prawo do wcześniejszego rozwiązania umowy wraz z wykorzystaniem puli godzin przewidzianych w § 6 ust. 3 na realizację zamówienia.

Tryb i zasady rozwiązywania umowy

§ 12

1. **Udzielający zamówienia** ma prawo rozwiązać niniejszą umowę bez wypowiedzenia ze skutkiem natychmiastowym w przypadkach gdy:
 - a) **Przyjmujący zamówienie** swoje prawa i obowiązki przeniósł na osobę trzecią bez uzyskania zgody **Udzielającego zamówienia**,
 - b) w wyniku kontroli wykonywania umowy i innych działań uregulowanych w odrębnych przepisach stwierdzono u **Przyjmującego zamówienie** niewypełnienie warunków umowy, wadliwe jej wykonanie, ograniczenie dostępności świadczeń, zawężenie zakresu lub złą jakość świadczeń,
 - c) w przypadku naruszenia przez **Przyjmującego zamówienie** obowiązku określonego w § 4 pkt 2 umowy,
 - d) w przypadku naruszenia przez **Przyjmującego zamówienie** obowiązku określonego w § 4 pkt 10 umowy,
 - e) zastosowania aresztu tymczasowego wobec **Przyjmującego zamówienie**,
 - f) podejmowania czynności w stanie wskazującym na spożycie alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających przy odmowie poddania się wykonaniu badań diagnostycznych,

- g) wykorzystywanie sprzętu i aparatury medycznej przez **Przyjmującego zamówienie** w innym celu niż świadczenie usług objętych zakresem niniejszej umowy,
 - h) utraty przez **Przyjmującego zamówienie** prawa wykonywania zawodu lub zawieszenia w prawie wykonywania zawodu przez organ uprawniony do tego typu działań,
 - i) zmiany bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa, która wyklucza możliwość kontynuowania umowy,
 - j) naruszenie postanowień § 4 pkt 14.
2. Każda ze stron ma prawo rozwiązać niniejszą umowę za 3 miesięcznym okresem wypowiedzenia liczonego od dnia złożenia stosownego oświadczenia woli.
 3. Umowa wygasa w przypadku:
 - a) likwidacji **Udzielającego zamówienia**,
 - b) wygaśnięcia umowy zawartej pomiędzy **Udzielającym zamówienia** a Narodowym Funduszem Zdrowia i nie podpisania przez Narodowy Fundusz Zdrowia kolejnej umowy,
 - c) śmierci **Przyjmującego zamówienie**.

Kary umowne

§ 13

1. W przypadku nie przestrzegania zakresu czynności przez **Przyjmującego zamówienie** (zaniechanie, niedbalstwo, wina umyślna itp.), **Udzielający zamówienia** może wymierzyć karę umowną w wysokości do 20 % wartości wynagrodzenia za ostatni miesiąc.
2. W przypadku ponownego rażącego naruszenia obowiązków wynikających z zakresu czynności pielęgniarki, **Udzielający zamówienia** ma prawo wymierzyć karę w wysokości do 50% wartości wynagrodzenia za ostatni miesiąc.
3. W przypadku naruszenia przez **Przyjmującego zamówienie** obowiązku, o którym mowa w § 4 pkt 2 umowy, zapłaci on **Udzielającemu zamówienia** karę umowną w wysokości 4 % wartości wynagrodzenia za ostatni miesiąc, za każdy przypadek naruszenia.
4. W przypadku niedopełnienia obowiązku dostarczenia dokumentów wymienionych w § 4 pkt 14 lub utraty ich ważności **Przyjmujący zamówienie** nie ma prawa udzielać świadczeń zdrowotnych, a **Udzielający zamówienia** wstrzyma wypłatę wynagrodzenia bez uprzedniego powiadomienia do momentu dostarczenia wymaganych dokumentów. Ponadto **Przyjmujący zamówienie** zapłaci **Udzielającemu zamówienia** karę umowną w wysokości 1 % wynagrodzenia, określonego w § 5 pkt 1 lit. „a” umowy za każdy dzień zwłoki w ich dostarczeniu.
5. Potrącenie kary umownej nastąpi z wynagrodzenia za udzielone świadczenia zdrowotne w pierwszym terminie płatności.

Postanowienia końcowe

§ 14

Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 15

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego oraz przepisy przytoczone na wstępie umowy.

§ 16

1. Strony ustalają że wszelkie spory, które wynikną z niniejszej umowy postarają się rozstrzygnąć na drodze polubownej.
2. W przypadku nie osiągnięcia porozumienia wymienionego w pkt 1 każda ze stron ma prawo odwołać się do właściwego sądu powszechnego.

§ 17

Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach: jeden egzemplarz dla **Przyjmującego zamówienie** i dwa egzemplarze dla **Udzielającego zamówienia**.

.....
Przyjmujący zamówienie

.....
Udzielający zamówienia

**WARUNKI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE PIELEŃNIARSTWA W IZBY PRZYJĘĆ:**

1. Do zadań pielęgniarki należy w szczególności:

- Świadczenie usług na optymalnym poziomie wg obowiązujących standardów i procedur.
- Przyjęcie pacjenta zgodnie z procedurą Izby Przyjęć.
- Ułatwienie adaptacji do środowiska szpitalnego.
- Dokonywanie pomiarów podstawowych parametrów życiowych.
- Wstępna ocena stanu zdrowia.
- Asystowanie przy badaniu pacjentów.
- Wykonywanie zabiegów leczniczo – pielęgnacyjnych.
- Udzielanie pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia
- Realizowanie zaleceń lekarskich.
- Uczestnictwo w raportach pielęgniarstwach.
- Zapewnienie środków i sprzętu do realizacji zadań Izby Przyjęć.
- Utrzymanie sprawności technicznej narzędzi, sprzętu i aparatury medycznej niezbędnych do udzielania pierwszej pomocy oraz wykonywania zabiegów leczniczo – pielęgnacyjnych.
- Przyjmowanie rzeczy wartościowych pacjenta do depozytu za potwierdzeniem.
- Udzielanie pacjentom i rodzinom niezbędnych informacji dotyczących funkcjonowania szpitala
- Edukacja zdrowotna pacjentów i rodzin.
- Przestrzeganie praw pacjenta i etyki pielęgniarstwach.
- Zgłaszanie propozycji pielęgnacyjnych dotyczących poprawy jakości opieki i organizacji pracy.
- Systematyczne samokształcenie.
- Przestrzeganie regulaminów obowiązujących w jednostce.
- Aktywne uczestnictwo w adaptacji nowozatrudnionych pracowników.
- Prowadzenie dokumentacji pielęgniarstwach prowadzenie według procedur obowiązujących w Szpitalu – zawartych w SZJ w systemie papierowym i informatycznym.
- Zachowanie w tajemnicy danych osobowych dostępnych w związku z wykonywaniem umowy zawartej z WSD zarówno w trakcie jej trwania jak po jej wygaśnięciu lub rozwiązaniu.
- Aktywne uczestnictwo w systemie zarządzania jakością oraz kontroli zarządczej,
- Współpracę z personelem pozostałych komórek szpitala w celu zapewnienia kompleksowej opieki medycznej nad pacjentem.

.....
data, podpis

.....
Imię i nazwisko.....
m-c rok

Dzień miesiąca	Liczba godzin pracy	Nieobecność bezpłatna
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
RAZEM		

Data

Potwierdzam zgodność danych . W/w wykonał świadczenia zdrowotne zgodnie z zakresem umowy.

.....
Podpis Pielęgniarki Oddziałowej.....
Podpis Pielęgniarki Naczelnej

.....
.....
.....
.....
.....

.....

miejsowość, data

Dane Przyjmującego zamówienie

POROZUMIENIE DOTYCZĄCE BEZPŁATNEJ PRZERWY W UDZIELANIU ŚWIADCZEŃ

(złożenie wniosku powinno nastąpić z wyprzedzeniem 7 dniowym)

Strony uzgodniły, że bezpłatna przerwa w udzielaniu świadczeń w zakresie

.....

nastąpi w dniach od do

.....

Przyjmujący zamówienie (data i podpis)

.....

Udzielający zamówienia (data i podpis)

FORMULARZ OFERTOWY

w postępowaniu konkursowym na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie usług pielęgniarskich:

- **Na Izbie Przyjęć w zakresie całodobowym**
 - **Na Izbie Przyjęć w godzinach od 7:00 do 14:30**
- (zaznaczyć właściwe)

I. Dane Oferenta:

- 1) Imię.....
- 2) Nazwisko.....
- 3) Adres zamieszkania
- 4) Prowadzący działalność gospodarczą wpisaną do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej pod nazwą:
- 5) NIP
- 6) REGON
- 7) Tel. Kontaktowy
- 8) Adres e-mail

II. Kwalifikacje zawodowe Oferenta:

- a) Posiadanie tytułu zawodowego magistra pielęgniarstwa i specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego
 - b) Posiadanie tytułu zawodowego licencjata pielęgniarstwa i specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego
 - c) Posiadanie tytułu zawodowego pielęgniarzki i specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego
 - d) Posiadanie tytułu zawodowego magistra pielęgniarstwa
 - e) Posiadanie tytułu zawodowego licencjata pielęgniarstwa
 - f) Posiadanie tytułu zawodowego pielęgniarzki
- (zaznaczyć właściwe)

III. Doświadczenie w pracy/ udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym procedurą konkursową lat na rzecz Udzielającego zamówienia.

IV. Oferta cenowa za wykonywanie:

a) świadczeń zdrowotnych w ramach podstawowej ordynacji na Izbie Przyjęć WSD

✓ w podstawowej ordynacji pielęgniarskiej – cena brutto zł za 1/h

V. Proponowana dostępność na rzecz udzielającego zamówienie:

Liczba godz. pracy: godz./.....

VI. Wyrażam zgodę na zawarcie umowy na okres od 01.05.2024r. do 31.12.2024r.

VII. Oferent oświadcza, że:

1. Zapoznał się z przedmiotem postępowania o udzielanie świadczeń zdrowotnych,
2. Posiada uprawnienia i kwalifikacje wynikające z dokumentów załączonych do oferty,
3. Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert, kryteriami oceny ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń,
4. Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert,
5. Jest wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej,
6. Posiada wpis w księdze Rejestrowej o Rodzaju Działalności Leczniczej i Praktyki Zawodowej z wpisem adresu miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych,
7. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC),
8. Nie toczą się wobec niego żadne postępowania sądowe ani postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, związane z wykonywanym zawodem,
9. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym, na dzień złożenia oferty,
10. Wyraża zgodę na umieszczenie w ogłoszeniu Udzielającego zamówienia o rozstrzygnięciu konkursu ofert danych Oferenta zgodnie z art. 151 ust. 1 i 2 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

.....
(data złożenia oświadczenia)

.....
(czytelny podpis oferenta)

Załączniki:

1. Oferent zobowiązany jest do przedłożenia oferty, która zawiera:
 - a) kserokopie dokumentów stwierdzających posiadane kwalifikacje
 - dyplom, tytuł naukowy,
 - specjalizacja,
 - certyfikaty, dyplomy potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe z ostatnich 2 lat,
 - b) kserokopię prawa wykonywania zawodu,
 - c) aktualny odpis z właściwego rejestru w OiPP – księga rejestrowa ze wskazaniem Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy jako miejsce udzielania świadczeń,
 - d) zaświadczenie o dokonaniu wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (wydruk ze strony <https://prod.ceidg.gov.pl/ceidg.cms.engine/>),
 - e) kserokopie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej,
 - f) kserokopie zaświadczenia od lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy w charakterze pielęgniarki,
 - g) zaświadczenie o niekaralności,
 - h) zaświadczenie o szkoleniu BHP,
 - i) podpisany formularz oferty stanowiący załącznik nr 2,
 - j) oświadczenie o udzielaniu/nie udzielaniu świadczeń zdrowotnych dzieciom i młodzieży od 0 do 18 roku życia w innych podmiotach, w których świadczenia te opłacane są przez Narodowy Fundusz Zdrowia stanowiące załącznik nr 3,
 - k) oświadczenie o nr konta stanowiące załącznik nr 4,
 - l) oświadczenie stanowiące załącznik nr 5 lub kserokopię zaświadczenia potwierdzającego szczepienie przeciw WZW typu B,

- m) oświadczenie osoby, z którą ma być nawiązany stosunek pracy lub która ma być dopuszczona do działalności związanej z małoletnimi załącznik nr 6,
- n) oświadczenie o stażu pracy stanowiące załącznik nr 7,
- o) w przypadku oferty złożonej przez NZOZ, będący osobą prawną lub jednostką organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej:
 - aktualny odpis z właściwego rejestru,
 - aktualny odpis wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
 - kserokopię statutu lub jego wyciąg określający zadania,
 - kserokopię umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej
- p) w przypadku gdy Oferent jest reprezentowany przez pełnomocnika – wymagane jest pełnomocnictwo do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta, w szczególności do złożenia oferty.

WSZYSTKIE DOKUMENTY STANOWIĄCE INTEGRALNĄ CZĘŚĆ OFERTY MUSZĄ BYĆ PRZEDSTAWIONE W ORYGINALE LUB W FORMIE KSEROKOPII POŚWIADCZONYCH PRZEZ OFERENTA ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM (KAŻDA STRONA DOKUMENTU) I PARAFOWANE PRZEZ OFERENTA.

.....
Imię i nazwisko

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że **udzielam/nie udzielam*** świadczeń zdrowotnych dzieciom i młodzieży od 0 do 18 roku życia w innych podmiotach, w których świadczenia te opłacane są przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

.....
miejsce i data

.....
czytelny podpis

* niepotrzebne skreślić

.....
Imię i nazwisko

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, zostałam/em zaszczepiony pełnym cyklem szczepień przeciw WZW typu B.
Podstawa prawna: ustawa z dnia 5 grudnia 2008r. o zabezpieczeniu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2023r. poz. 1284 ze zm.).

.....
miejsce i data

.....
czytelny podpis

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres

.....
Adres cd.

.....
PESEL*

.....
Dokument tożsamości (seria, numer)

OŚWIADCZENIE

osoby, z którą ma być nawiązany stosunek pracy lub która ma być dopuszczona do działalności związanej z małoletnimi

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że w ciągu ostatnich 20 lat

- nie zamieszkiwałam/em** w państwach innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa.
- zamieszkiwałam/em** w państwach innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa tj. w

W państwie/państwach obywatelstwa.....

- prawo nie przewiduje wydawania/sporządzania informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi**
- nie prowadzi się rejestru karnego**

W państwie/państwach, w którym zamieszkiwałam/em

- prawo nie przewiduje wydawania/sporządzania informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi**
- nie prowadzi się rejestru karnego**

- oświadczam, że nie byłam/em prawomocnie skazana/y w ww. państwie/państwach za czyny zabronione odpowiadające przestępstwom określonym w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii oraz nie wydano wobec mnie innego orzeczenia, w którym stwierdzono, iż dopuściłam/em się takich czynów zabronionych, oraz że nie mam obowiązku wynikającego z orzeczenia sądu, innego uprawnionego organu lub ustawy stosowania się do zakazu zajmowania wszelkich lub określonych stanowisk, wykonywania wszelkich lub określonych zawodów albo działalności, związanych z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem, świadczeniem porad psychologicznych, rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizacją innych zainteresowań przez małoletnich, lub z opieką nad nimi.**

Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
miejsowość, data

.....
podpis

* jeżeli dotyczy

**zaznaczyć właściwe

OŚWIADCZENIE O STAŻU PRACY

Ja niżej
(imię i nazwisko)

podpisany/podpisana* oświadczam, że mój staż pracy w zawodzie pielęgniarki/pielęgniacza* wynosi

.....

.....
miejsce i data

.....
czytelny podpis

* Niewłaściwe skreślić