

**Szpital Miejski w Zabrze Sp. z o.o.**  
**ul. Zamkowa 4 , 41-803 Zabrze**

**tel.: (32) 277-61-21, (32) fax: (32) 271-73-11**  
**e-mail: [sekretariat@szpitalzabrze.pl](mailto:sekretariat@szpitalzabrze.pl)**  
**strona internetowa: [www.bip.szpitalzabrze.pl](http://www.bip.szpitalzabrze.pl)**

**MATERIAŁY DOTYCZĄCE**  
**SZCZEGÓŁOWYCH WARUNKÓW KONKURSU**  
**OFERT NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE**  
**W ZAKRESIE:**

|                    |  |
|--------------------|--|
| <b>Pakiet nr 1</b> | wykonywania zawodu pielęgniarki operacyjnej                              |
| <b>Pakiet nr 2</b> | wykonywania zawodu pielęgniarki anestezjologicznej                       |
| <b>Pakiet nr 3</b> | wykonywania zawodu pielęgniarki w oddziałach zachowawczych i zabiegowych |
| <b>Pakiet nr 4</b> | wykonywanie zawodu pielęgniarki na rzecz pacjentów przewlekle chorych    |
| <b>Pakiet nr 5</b> | wykonywanie zawodu położnej operacyjnej                                  |
| <b>Pakiet nr 6</b> | wykonywanie zawodu położnej  |

Postępowanie konkursowe prowadzone będzie w oparciu o przepisy Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej ( tekst. jedn. DZ.U. z 2022r., poz. 633), zwanej dalej Ustawą oraz art. 140,141,146 ust. 1, 147, 148 ust.1,149,150, 151 ust. 1,2 i 4-6, 152, 153 i 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27.08.2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ( tekst jedn. : DZ.U. 2022r. , poz. 2561 ze zm.), właściwe Rozporządzenie Ministra z dnia 29.04.2019 w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą DZ.U.2019, poz. 866 ze zm., oraz Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22.12.2011 w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy nie będącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą, udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej DZ.U. Nr 293 poz. 1728 ze zm. oraz w oparciu o wewnętrzne przepisy prawne Szpitala Miejskiego w Zabrze Sp. z o.o., zwanego dalej Udzielającym zamówienie.

Zabrze, dnia 24.01.2023 r.

## I. CHARAKTERYSTYKA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

1. Przedmiotem zamówienia jest wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie :

|                    |  |
|--------------------|--|
| <b>Pakiet nr 1</b> | wykonywania zawodu pielęgniarki operacyjnej                              |
| <b>Pakiet nr 2</b> | wykonywania zawodu pielęgniarki anestezjologicznej                       |
| <b>Pakiet nr 3</b> | wykonywania zawodu pielęgniarki w oddziałach zachowawczych i zabiegowych |
| <b>Pakiet nr 4</b> | wykonywanie zawodu pielęgniarki na rzecz pacjentów przewlekle chorych    |
| <b>Pakiet nr 5</b> | wykonywanie zawodu położnej operacyjnej                                  |
| <b>Pakiet nr 6</b> | wykonywanie zawodu położnej  |

Ceny podawane przez Oferenta winny być cenami brutto, które zawierają już wszystkie elementy cenotwórcze.

- Planowana liczba świadczeń wskazana w formularzu cenowym (Załączniku nr 3) dla każdego z pakietów jest szacunkowa i nie stanowi podstawy jakichkolwiek roszczeń ze strony Oferenta.
- Świadczenia zlecane będą przez Udzielającego zamówienie w ilościach uzależnionych od jego aktualnych potrzeb.
- Świadczenia zdrowotne w zakresie: pakietów od 1 - 6** udzielane będą w **godzinach pomiędzy 7<sup>00</sup> - 19<sup>00</sup> oraz pomiędzy 19<sup>00</sup> - 7<sup>00</sup>** od poniedziałku do piątku oraz w soboty, niedziele i święta zgodnie z comiesięcznym zapotrzebowaniem ustalonym przez Pielęgniarkę/Położną Oddziałową, zatwierdzonym przez Naczelną Pielęgniarkę

## II. TERMIN WYKONANIA UMOWY

- Termin wykonania umowy: od dnia **01.03.2023 r. do dnia 29.02.2024 r.**
- Udzielający zamówienie zastrzega możliwość zawarcia umowy z datą późniejszą, w szczególności w związku z przedłużeniem się postępowania o udzielenie przedmiotowego zamówienia. W razie zawarcia umowy po dniu 01.03.2023r. Udzielający zamówienie zastrzega możliwość późniejszego rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych.

## III. OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY

- Oferent przedstawia ofertę na jeden pakiet lub kilka pakietów.
- Oferta musi być złożona w trwale zamkniętej kopercie. Na kopercie należy umieścić :
  - Nazwa Oferenta/Nazwisko i imię Oferenta
  - Dokładny adres oferenta, numer telefonu
  - Numer postępowania konkursowego : 06/DP/01/2023
  - Napis określający przedmiot postępowania konkursowego – Nr pakietu
  - Napis „nie otwierać przed dniem 20.02.2023r do godz. 08.30”.

Pierwsza strona oferty powinna zawierać :

- Łączną ilość stron oferty
  - Spis zawartości koperty tj. spis treści zawierający wykaz złożonych dokumentów z podaniem numeru strony, na której dany dokument się znajduje
- UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA WYMAGA PRZEDSTAWIENIA OFERTY NA ZAŁĄCZONYCH DRUKACH** (Załączniki nr 1-5) wraz wymaganymi dokumentami. Załącznik nr 3 formularz cenowy Oferent składa na te Pakiety, do której oferty przystępuje.
  - Udzielający zamówienia dopuszcza możliwość składania ofert częściowych. Za ofertę częściową uważa się przedstawienie oferty w zakresie jednego lub kilku pakietów wymienionych w Załączniku nr 3 Materiałów. Oferta w zakresie wybranego (oferowanego) pakietu musi być kompletna, tzn. obejmować wszystkie pozycje wyszczególnione w Pakiecie.
  - Oferta musi być sporządzona w języku polskim i podpisana przez Oferenta.

6. Każda strona powinna być opatrzona podpisem Oferenta oraz kolejnym numerem nadanym przez Oferenta.
7. Kserokopie dokumentów winny być uwierzytelnione za zgodność z oryginałem przez Oferenta.
8. Ewentualne błędy wymagają czytelnego skreślenia niewłaściwej treści oraz naniesienia poprawek. Każda poprawka musi być sygnowana podpisem Oferenta i datą jej dokonania.
9. Oferent ponosi wszystkie koszty związane z przygotowaniem oferty.
10. Dzień i godzina złożenia oferty zostaną potwierdzone przez sekretariat Udzielającego zamówienie.

#### **IV. WYMAGANIA STAWIANE OFERENTOM**

##### **Wymagania wobec osób udzielających świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego Konkursu**

1. Osoba ubiegająca się o udzielanie świadczeń zdrowotnych posiada podstawowe zatrudnienie na podstawie umowy o pracę w innym zakładzie pracy i osiąga minimalne wynagrodzenie zgodnie z Rozporządzeniem Rady Ministrów z 13 września 2022 r. w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę oraz wysokości minimalnej stawki godzinowej w 2023 r. ( Dz.U. z 2022r. , poz. 1952) ze zmianami na 2024 rok.
2. Osoby nie spełniające w/w warunku lub uprawnione do świadczeń emerytalnych – zgodnie z zapisami projektu umowy.

##### **Pakiet nr 1**

###### **Wykonywanie zawodu pielęgniarki operacyjnej**

- Dyplom ukończenia szkoły medycznej na kierunku pielęgniarstwo
- prawo wykonywania zawodu pielęgniarki
- kurs kwalifikacyjny lub specjalizacja w zakresie pielęgniarstwa operacyjnego

**Oferent, którego oferta została wybrana w niniejszym konkursie przed podpisaniem umowy lub najpóźniej dzień przed rozpoczęciem świadczenia usług zdrowotnych, zobowiązuje się dostarczyć Udzielającemu zamówienie następujące dokumenty :**

- wynik badania w kierunku nosicielstwa MRSA
- aktualną polisę ubezpieczenia OC
- aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia w tym braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń w zakresie niniejszej umowy,
- orzeczenie lekarskie do celów sanitarno – epidemiologicznych
- zaświadczenie o odbyciu szkolenia i uzyskaniu uprawnień do przetaczania krwi

###### **dla podmiotów gospodarczych dodatkowo :**

- wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą - (księga rejestrowa),
- wypis z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

##### **Pakiet nr 2**

###### **Wykonywanie zawodu pielęgniarki anestezjologicznej**

- Dyplom ukończenia szkoły medycznej na kierunku pielęgniarstwo
- prawo wykonywania zawodu pielęgniarki
- kurs kwalifikacyjny w zakresie pielęgniarstwa anestezjologicznego ( lub pokrewne)

**Oferent, którego oferta została wybrana w niniejszym konkursie przed podpisaniem umowy lub najpóźniej dzień przed rozpoczęciem świadczenia usług zdrowotnych, zobowiązuje się dostarczyć Udzielającemu zamówienie następujące dokumenty :**

- wynik badania w kierunku nosicielstwa MRSA
- aktualną polisę ubezpieczenia OC

Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne  
06/DP/01/2023

- aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia w tym braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń w zakresie niniejszej umowy,
- orzeczenie lekarskie do celów sanitarno – epidemiologicznych
- zaświadczenie o odbyciu szkolenia i uzyskaniu uprawnień do przetaczania krwi

**dla podmiotów gospodarczych dodatkowo :**

- wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą - (księga rejestrowa),
- wypis z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

**Pakiet nr 3**

**Wykonywanie zawodu pielęgniarki w oddziałach zachowawczo-zabiegowych**

- Dyplom ukończenia szkoły medycznej na kierunku pielęgniarstwo
- prawo wykonywania zawodu pielęgniarki
- kursy, szkolenia dotyczące przedmiotu zamówienia jeśli posiada

**Oferent, którego oferta została wybrana w niniejszym konkursie przed podpisaniem umowy lub najpóźniej dzień przed rozpoczęciem świadczenia usług zdrowotnych, zobowiązuje się dostarczyć Udzielającemu zamówienie następujące dokumenty :**

- wynik badania w kierunku nosicielstwa MRSA
- aktualną polisę ubezpieczenia OC
- aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia w tym braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń w zakresie niniejszej umowy,
- orzeczenie lekarskie do celów sanitarno – epidemiologicznych
- zaświadczenie o odbyciu szkolenia i uzyskaniu uprawnień do przetaczania krwi

**dla podmiotów gospodarczych dodatkowo :**

- wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą - (księga rejestrowa),
- wypis z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

**Pakiet nr 4**

**Wykonywanie zawodu pielęgniarki na rzecz pacjentów przewlekle chorych**

- Dyplom ukończenia szkoły medycznej na kierunku pielęgniarstwo
- prawo wykonywania zawodu pielęgniarki
- kursy, szkolenia dotyczące przedmiotu zamówienia jeśli posiada

**Oferent, którego oferta została wybrana w niniejszym konkursie przed podpisaniem umowy lub najpóźniej dzień przed rozpoczęciem świadczenia usług zdrowotnych, zobowiązuje się dostarczyć Udzielającemu zamówienie następujące dokumenty :**

- wynik badania w kierunku nosicielstwa MRSA
- aktualną polisę ubezpieczenia OC
- aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia w tym braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń w zakresie niniejszej umowy,
- orzeczenie lekarskie do celów sanitarno – epidemiologicznych
- zaświadczenie o odbyciu szkolenia i uzyskaniu uprawnień do przetaczania krwi

**dla podmiotów gospodarczych dodatkowo :**

- wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą - (księga rejestrowa),
- wypis z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

**Pakiet nr 5**

**Wykonywanie zawodu położnej operacyjnej**

- Dyplom ukończenia szkoły medycznej na kierunku położnictwo
- prawo wykonywania zawodu położnej
- kursy, szkolenia dotyczące przedmiotu zamówienia ( kurs pielęgniarstwo operacyjne)

**Oferent, którego oferta została wybrana w niniejszym konkursie przed podpisaniem umowy lub najpóźniej dzień przed rozpoczęciem świadczenia usług zdrowotnych, zobowiązuje się dostarczyć Udzielającemu zamówienie następujące dokumenty :**

- wynik badania w kierunku nosicielstwa MRSA
- aktualną polisę ubezpieczenia OC
- aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia w tym braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń w zakresie niniejszej umowy,
- orzeczenie lekarskie do celów sanitarno – epidemiologicznych
- zaświadczenie o odbyciu szkolenia i uzyskaniu uprawnień do przetaczania krwi

**dla podmiotów gospodarczych dodatkowo :**

- wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą - (księga rejestrowa),
- wypis z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

**Pakiet nr 6**

**Wykonywanie zawodu położnej**

- Dyplom ukończenia szkoły medycznej na kierunku położnictwo
- Prawo wykonywania zawodu położnej
- kursy, szkolenia dotyczące przedmiotu zamówienia jeśli posiada
- ( złożyć najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej)
- zaświadczenie o stażu pracy na stanowisku będącym przedmiotem zamówienia ( świadectwa pracy) jeśli posiada

**Oferent, którego oferta została wybrana w niniejszym konkursie przed podpisaniem umowy lub najpóźniej dzień przed rozpoczęciem świadczenia usług zdrowotnych, zobowiązuje się dostarczyć Udzielającemu zamówienie następujące dokumenty :**

- wynik badania w kierunku nosicielstwa MRSA
- aktualną polisę ubezpieczenia OC
- aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia w tym braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń w zakresie niniejszej umowy,
- orzeczenie lekarskie do celów sanitarno – epidemiologicznych
- zaświadczenie o odbyciu szkolenia i uzyskaniu uprawnień do przetaczania krwi

**dla podmiotów gospodarczych dodatkowo :**

- aktualny odpis z właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą - (księga rejestrowa),
- aktualny odpis z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

**Oferent winien dostarczyć wraz z ofertą następujące dokumenty:**

1. Formularz ofertowy ( załącznik Nr 1 )
2. Oświadczenie Oferenta ( załącznik Nr 2 )
3. Formularz cenowy ( załącznik Nr 3 )

4. Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych ( załącznik Nr 4 )
5. Oświadczenie Pielęgniarki/Położnej ( załącznik nr 5)
6. Dokumenty wymagane zgodnie z wybranym pakietem podane w punkcie „*IV wymagania stawiane Oferentom* „ niniejszych materiałów dotyczących szczegółowych warunków konkursu ofert na świadczenia zdrowotne.

#### **V. WARUNKI PŁATNOŚCI** - Zgodnie z projektem umowy

#### **VI. WARUNKI REALIZACJI ZLECONYCH ŚWIADCZEŃ**

1. Przewidywaną liczbę świadczeń zdrowotnych do zrealizowania w okresie obowiązywania umowy określa załącznik Nr 3 – Formularz cenowy dla Pakietów 1-6 dla każdego pakietu oddzielnie. Liczba planowanych świadczeń do zrealizowania może się zmienić (zmniejszyć) w zależności od zapotrzebowania.
2. Szpital oczekiwane będzie od Przyjmującego zamówienie wykonania usługi w zakresie świadczeń zdrowotnych na wysokim poziomie jakościowym, zgodnie z zasadami aktualnej wiedzy, normami, sztuką i etyką zawodową, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz postanowieniami umowy, przy zachowaniu należytej staranności.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązany będzie do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z terminami określonymi w Umowie.
4. Przyjmujący zamówienie przejmuje odpowiedzialność za dokładność i sumienność wykonywanych świadczeń zdrowotnych.
5. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest posiadać ważne dokumenty potwierdzające uprawnienia w zakresie odpowiadającym przedmiotowi zamówienia.
6. Niniejsze szczegółowe warunki konkursu będą stanowić integralną część umowy podpisanej z wybranym Oferentem.
7. Szczegółowe warunki udzielania świadczeń oraz inne sprawy nieopisane w niniejszych Warunkach będą zawarte w umowie podpisanej z Oferentem wybranym w przedmiotowym postępowaniu, której projekt stanowi załącznik nr 6, a której akceptacja jest warunkiem udziału w niniejszym postępowaniu.

#### **VII. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT ORAZ OTWARCIA OFERT**

Oferta musi być złożona **do dnia 20.02.2023 r. do godz. 08:00** w siedzibie Udzielającego zamówienia – Sekretariat.

W przypadku ofert przesłanych pocztą za datę oraz godzinę złożenia uważa się datę oraz godzinę wpływu oferty do siedziby Udzielającego zamówienia – Sekretariat.

Otwarcie ofert odbędzie się **dnia 20.02.2023 r. o godz. 08:30** w siedzibie Udzielającego zamówienia – budynek Dyrekcji.

#### **VIII. TERMIN ZWIĄZANIA OFERTA**

Składający ofertę pozostaje nią związany przez okres 30 dni, licząc od dnia, w którym upływa termin składania ofert.

#### **IX. OCENA OFERT**

**Wybór najkorzystniejszej oferty dla Pakietów od nr 1 do nr 6 dokonany zostanie na podstawie kryterium „Cena” – 100 %**

Kryterium ceny będzie rozpatrywane na podstawie oferty podanej przez Oferenta na formularzu cenowym (Załącznik nr 3).

Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne  
06/DP/01/2023

Punktacja za cenę będzie obliczona na podstawie wzoru:

$$P = \frac{\text{cena najniższa spośród ofert}}{\text{cena badanej oferty}} \times 100$$

Wynik będzie traktowany jako wartość punktowa.

**Nie spełnienie wymogów określonych w pkt IV Materiałów dot. szczegółowych warunków Konkursu Ofert powoduje odrzucenie oferty.**

Oferta, która przedstawia najkorzystniejszy bilans punktów (maksymalna liczba przyznanych punktów w oparciu o ustalone kryterium) zostanie uznana za najkorzystniejszą, pozostałe oferty zostaną sklasyfikowane zgodnie z ilością uzyskanych punktów. Realizacja świadczenia usług zostanie powierzona Oferentowi, którego oferta uzyska najwyższą ilość punktów lub takiej liczbie Oferentów zgodnej z zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienie i jednocześnie których oferta będzie miała najkorzystniejszy w rankingu bilans punktów tj.

- a. Pakiet 1 - ( max 14 osób)
- b. Pakiet 2 – ( max 21 osób )
- c. Pakiet 3 – ( max 45 osoby)
- d. Pakiet 4 – ( max 16 osób)
- e. Pakiet 5 – ( max 5 osób)
- f. Pakiet 6 – ( max 16 osób)

W przypadku większej niż ta wskazana powyżej liczby Oferentów , którzy uzyskali taką samą liczbę punktów do danego Pakietu, spełniających na równi wymogi określone w szczegółowych warunkach konkursu, Udzielający zamówienie weźmie pod uwagę kolejność składania ofert ( data , godzina)

Jeżeli oferent, który wygrał konkurs uchyli się od zawarcia umowy, Udzielający zamówienie wybierze najkorzystniejszą spośród pozostałych ofert uznanych za ważne.

#### **X. ROZSTRZYGNĘCIE KONKURSU OFERT**

Rozstrzygnięcie konkursu ofert nastąpi na posiedzeniu Komisji, które odbędzie się w siedzibie Udzielającego zamówienie **do dnia 21.02.2023 r.**

W przypadku uzyskania przez większą liczbę Oferentów takiej samej liczby punktów, Udzielający zamówienie zastrzega sobie prawo wezwania oferentów do złożenia ofert dodatkowych.

#### **XI OBOWIĄZKI UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIE**

Po rozstrzygnięciu konkursu ofert Udzielający zamówienia podpisze z Oferentem/Oferentami umowę/y w terminie nie krótszym niż 7 dni, od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert zgodnie z załączonym projektem umowy stanowiącym Załącznik nr 6 (wraz z załącznikami do umowy) do Materiałów dotyczących szczegółowych warunków konkursu ofert na świadczenia zdrowotne.

Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu oraz do przesunięcia terminu składania ofert bez podania przyczyny.

Udzielający zamówienie dopuszcza możliwość unieważnienia konkursu w całości lub części bez podania przyczyny.

Szpital Miejski w Zabrze Sp. z o.o. przy ul. Zamkowej 4 , 41-803 Zabrze, jako administrator danych osobowych uczestników konkursu informuje , że dane osobowe zawarte w przesłanych dokumentach aplikacyjnych będą przetwarzane wyłącznie dla celów związanych z przeprowadzeniem konkursu, w tym wyborem najlepszej oferty, rozpatrzeniem ewentualnych protestów. Każdemu uczestnikowi przysługuje prawo wglądu w swoje dane i możliwość ich poprawiania. Podanie danych jest dobrowolne , ale niezbędne do wzięcia udziału w konkursie.

Jeśli ma Pani/Pan pytania dotyczące sposobu i zakresu przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w zakresie działania Szpitala Miejskiego w


Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne  
06/DP/01/2023

Zabrzu Sp. z o.o., a także przysługujących Pani/Panu uprawnień, może się Pani/Pan skontaktować z naszym Inspektorem Ochrony Danych Osobowych za pomocą adresu [iod@szpitalzabrze.pl](mailto:iod@szpitalzabrze.pl)

Osoby uprawnione do kontaktu z Oferentami :  
Kierownik Działu Planowania i Rozliczeń Usług Personelu Medycznego - mgr Sylwia Woźniak  
Specjalista – mgr Adrianna Wybranowska

Zatwierdzamy :

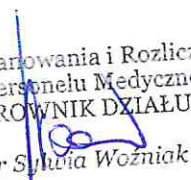
**ZASIEPCJA PREZESA**



**Piotr Trybalski**

Prezes Zarządu /Z-ca Prezesa Zarządu

.....

Dział Planowania i Rozliczeń  
Usług Personelu Medycznego  
KIEROWNIK DZIAŁU  
  
mgr Sylwia Woźniak



**FORMULARZ OFERTOWY**

1. Nazwa/Imię i nazwisko Oferenta: .....
2. Adres: .....
3. Numer telefonu kontaktowego : .....
4. PESEL .....
6. REGON .....
7. Numer wpisu do właściwego rejestru .....
8. Organ dokonujący wpisu .....
9. Akceptuję przedstawiony projekt umowy:
  - Załącznik nr 6 (wraz z załącznikami nr 1, 2, 3,4,5 ) do umowy .....( podpis oferenta)

**pakiet nr 1**  
**pakiet nr 2**  
**pakiet nr 3**  
**pakiet nr 4**  
**pakiet nr 5**  
**pakiet nr 6**  
(zaznaczyć właściwy pakiet)

**Całkowita wartość planowanych świadczeń wynosi: .....**  
**wartość brutto ..... zł**  
**(słownie .....)**

- uzupełnić wartość tylko na wybrany pakiet

.....  
*podpis oferenta*

....., dn. ....

**„ Oświadczenie Oferenta”**

Imiona Nazwisko /Nazwa Oferenta

.....

.....

Adres.....

.....

.....

.....

**Niniejszym, oświadczam, że :**

1. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu, projektem umowy i tym samym je akceptuję.
2. Zobowiązuję się, w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na okres podany w warunkach konkursu w miejscu wyznaczonym przez Organizatora konkursu i w terminie zgodnym z warunkami konkursu.
3. Jestem/nie jestem \* uprawniony do występowania w obrocie prawnym, zgodnie z wymaganiami ustawowymi.
4. Złożoną ofertą pozostanę związany przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych firmy/moich danych\* dot. nazwy/ imienia i nazwiska\*, prawa wykonywania zawodu, specjalizacji, numerów telefonu stacjonarnego i komórkowego przez Szpital Miejski w Zabrze spółka z ograniczoną odpowiedzialnością dla potrzeb realizacji umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych
6. Posiadam uprawnienia niezbędne do wykonywania zadania oraz dysponuję odpowiednią wiedzą i doświadczeniem a także możliwościami do wykonania zamówienia.  
„Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w mojej ofercie pracy dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu niniejszego postępowania konkursowego prowadzonego przez Szpital Miejski w Zabrze Sp. z o.o. zgodnie z przepisami prawa unijnego oraz polskiego w zakresie ochrony danych osobowych.

Zostałam/em poinformowany, że Administratorem Danych Osobowych jest Szpital Miejski Sp. z o.o. w Zabrze, przy ul. Zamkowej 4, 41-803 Zabrze. Dane zbierane są dla potrzeb rekrutacji. Mam prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. Podanie danych osobowych wymienionych w niniejszym ogłoszeniu jest dobrowolne i niezbędne do procesu rekrutacji. Podanie dodatkowych danych i informacji, wykraczających poza zakres niniejszego ogłoszenia, nie jest wymagane.”

miejsce i data

podpis oferenta

\* niepotrzebne skreślić

**FORMULARZ CENOWY ( załącznik nr 1 umowy)**

**Pakiet nr 1**

Wykonywanie zawodu pielęgniarki operacyjnej

| Lp. | Nazwa świadczenia                           | Planowana liczba godzin na jedną osobę w okresie umowy | Cena jednostkowa brutto 1 godziny (określona w pkt. 1 pod niniejszą tabelą) | Wartość brutto ogółem wszystkich godzin |
|-----|---|--|---|---|
| 1.  | Wykonywanie zawodu pielęgniarki operacyjnej | 1020   |   |   |

1. Cena jednostkowa brutto za 1 godzinę świadczenia usług w godzinach **między 07:00-19:00**

.....zł słownie..... ( max. 70,00 zł )

2. Cena jednostkowa brutto za 1 godzinę świadczenia usług w godzinach **między 19:00 – 07:00**

.....zł słownie..... ( max. 65,00 zł )

( należy uzupełnić pkt 1 i 2 )

Wyżej wymieniona planowana ilość godzin jest ilością szacunkową.

Dni i godziny udzielania świadczeń zdrowotnych: zgodnie z miesięcznym zapotrzebowaniem ustalonym przez Pielęgniarkę Oddziałową.

Świadczenia zdrowotne wykonywane będą w komórkach Udzielającego zamówienie.:

- Centrum Zdrowia Kobiety i Dziecka im. Prof. Wojciecha Starzewskiego - Szpital Miejski w Zabrze (I Blok Operacyjny )
- Centrum Zdrowia Kobiety i Dziecka im. Prof. Wojciecha Starzewskiego - Blok Operacyjny CZKiD

Nr telefonu kontaktowego w celu ustalenia terminu świadczenia: .....

.....  
*Podpis Oferenta*

**FORMULARZ CENOWY( załącznik nr 1 umowy)**

**Pakiet nr 2**

Wykonywanie zawodu pielęgniarki anestezjologicznej

| Lp. | Nazwa świadczenia                                  | Planowana liczba godzin na jedną osobę w okresie umowy | Cena jednostkowa brutto 1 godziny (określona w pkt. 1 pod niniejszą tabelą) | Wartość brutto ogółem wszystkich godzin |
|-----|--|--|---|---|
| 1.  | Wykonywanie zawodu pielęgniarki anestezjologicznej | 1020   |   |   |

1. Cena jednostkowa brutto za 1 godzinę świadczenia usług w godzinach **pomiędzy 07:00-19:00**

.....zł słownie..... ( max. 70,00 zł )

2. Cena jednostkowa brutto za 1 godzinę świadczenia usług w godzinach **pomiędzy 19:00 – 07:00**

.....zł słownie..... ( max. 65,00 zł )

( należy uzupełnić pkt 1 i 2 )

Wyżej wymieniona planowana ilość godzin jest ilością szacunkową.

Dni i godziny udzielania świadczeń zdrowotnych: zgodnie z miesięcznym zapotrzebowaniem ustalonym przez Pielęgniarkę Oddziałową.

Świadczenia zdrowotne wykonywane będą w komórkach Udzielającego zamówienie.:

- Centrum Zdrowia Kobiety i Dziecka im. Prof. Wojciecha Starzewskiego - Szpital Miejski w Zabrze (I Blok Operacyjny), Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Medycznej

Nr telefonu kontaktowego w celu ustalenia terminu świadczenia: .....

.....  
*Podpis Oferenta*

**FORMULARZ CENOWY( załącznik nr 1 umowy)**

**Pakiet nr 3**

Wykonywanie zawodu pielęgniarki w oddziałach zachowawczo-zabiegowych

| Lp. | Nazwa świadczenia  | Planowana liczba godzin na jedną osobę | Cena jednostkowa brutto 1 godziny | Wartość brutto ogółem wszystkich godzin |
|-----|--|--|-----------------------------------|---|
| 1.  | Wykonywanie zawodu pielęgniarki w oddziałach zachowawczo-zabiegowych | 1020                                   |                                   |   |

Cena jednostkowa brutto za 1 godzinę .....zł  
słownie..... ( max. 55,00 zł )

Wyżej wymieniona planowana ilość godzin jest ilością szacunkową.

Dni i godziny udzielania świadczeń zdrowotnych: zgodnie z miesięcznym zapotrzebowaniem ustalonym przez Pielęgniarkę Oddziałową.

Świadczenia zdrowotne wykonywane będą w komórkach Udzielającego zamówienie.:

- Centrum Zdrowia Kobiety i Dziecka im. Prof. Wojciecha Starzewskiego - Szpital Miejski w Zabrze – Oddziały szpitalne

Nr telefonu kontaktowego w celu ustalenia terminu świadczenia: .....

.....  
*Podpis Oferenta*

**FORMULARZ CENOWY( załącznik nr 1 umowy)**

**Pakiet nr 4**

**WYKONYWANIE ZAWODU PIEŁĘGNIARKI NA RZECZ PACJENTÓW PRZEWLEKLE  
CHORYCH**

| Lp. | Nazwa świadczenia   | Planowana liczba godzin na jedną osobę | Cena jednostkowa brutto 1 godziny | Wartość brutto ogółem wszystkich godzin |
|-----|---|--|-----------------------------------|---|
| 1.  | Wykonywanie zawodu pielęgniarki na rzecz pacjentów przewlekle chorych | 1020                                   |                                   |   |

Cena jednostkowa brutto za 1 godzinę .....zł  
słownie..... ( max. 55,00 zł )

Wyżej wymieniona planowana ilość godzin jest ilością szacunkową.

Dni i godziny udzielania świadczeń zdrowotnych: zgodnie z miesięcznym zapotrzebowaniem ustalonym przez Pielęgniarkę Oddziałową.

Świadczenia zdrowotne wykonywane będą w komórkach Udzielającego zamówienie.:

- Centrum Zdrowia Kobiety i Dziecka im. Prof. Wojciecha Starzewskiego - Szpital Miejski w Zabrze – Oddziały szpitalne
- Zakład Opiekuńczo – Leczniczy

Nr telefonu kontaktowego w celu ustalenia terminu świadczenia: .....

.....  
*Podpis Oferenta*

**FORMULARZ CENOWY( załącznik nr 1 umowy)**

**Pakiet nr 5**

Wykonywanie zawodu położnej operacyjnej

| Lp. | Nazwa świadczenia                           | Planowana liczba godzin na jedną osobę w okresie umowy | Cena jednostkowa brutto 1 godziny (określona w pkt. 1 pod niniejszą tabelą) | Wartość brutto ogółem wszystkich godzin |
|-----|---|--|---|---|
| 1.  | Wykonywanie zawodu pielęgniarki operacyjnej | 1020   |   |   |

1. Cena jednostkowa brutto za 1 godzinę świadczenia usług w godzinach **pomiedzy 07:00-19:00**

.....zł słownie..... ( max. 70,00 zł )

2. Cena jednostkowa brutto za 1 godzinę świadczenia usług w godzinach **pomiedzy 19:00 – 07:00**

.....zł słownie..... ( max. 65,00 zł )

( należy uzupełnić pkt 1 i 2 )

Wyżej wymieniona planowana ilość godzin jest ilością szacunkową.

Dni i godziny udzielania świadczeń zdrowotnych: zgodnie z miesięcznym zapotrzebowaniem ustalonym przez Pielęgniarkę Oddziałową.

Świadczenia zdrowotne wykonywane będą w komórkach Udzielającego zamówienie.:

- Centrum Zdrowia Kobiety i Dziecka im. Prof. Wojciecha Starzewskiego - Blok Operacyjny CZKiD

Nr telefonu kontaktowego w celu ustalenia terminu świadczenia: .....

.....  
Podpis Oferenta

**FORMULARZ CENOWY( załącznik nr 1 umowy)**

**Pakiet nr 6**

**POŁOŻNA**

| Lp. | Nazwa świadczenia | Planowana liczba godzin na jedną osobę | Cena jednostkowa brutto 1 godziny | Wartość brutto ogółem wszystkich godzin |
|-----|-------------------|--|-----------------------------------|---|
| 1.  | Położna           | 1020                                   |                                   |   |

Cena jednostkowa brutto za 1 godzinę .....zł  
słownie..... ( max. 55,00 zł )

Wyżej wymieniona planowana ilość godzin jest ilością szacunkową.

Dni i godziny udzielania świadczeń zdrowotnych: zgodnie z miesięcznym zapotrzebowaniem ustalonym przez Pielęgniarkę Oddziałową.

Świadczenia zdrowotne wykonywane będą w komórkach Udzielającego zamówienie.:

- Centrum Zdrowia Kobiety i Dziecka im. Prof. Wojciecha Starzewskiego

Nr telefonu kontaktowego w celu ustalenia terminu świadczenia: .....

.....  
*Podpis Oferenta*



**KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych, dalej „RODO”). informuję, iż:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest *Szpital Miejski w Zabrze Sp. z o.o. (ul. Zamkowa 4, 41-803 Zabrze) wpisany do Rejestru Przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Gliwicach, Wydział Gospodarczy KRS pod numerem KRS 0000328484*
2. **Szpital Miejski w Zabrze Sp. z o.o.** powołał inspektora ochrony danych osobowych, z którym można się skontaktować pod adresem e-mail: **iod@szpitalzabrze.pl**
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celach:
  - a. związanych z przeprowadzeniem konkursu, w tym wyborem najlepszej oferty, rozpatrzeniem ewentualnych protestów, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO, w zakresie danych zawartych w dokumentach aplikacyjnych/ofercie.
  - b. *związanych z zawarciem (w tym działania przed zawarciem umowy) i realizacją umowy, na podstawie art.6 ust. 1 lit. b. RODO), w zakresie danych niezbędnych do realizacji umowy (imię, nazwisko, wykształcenie, przebieg dotychczasowego zatrudnienia, kwalifikacje, PESEL, adres zamieszkania, numer rachunku płatniczego)*
  - c. zapewnienia bezpieczeństwa na terenie Szpitala, w tym bezpieczeństwa pracowników i pacjentów, ochrony mienia Administratora, *za pośrednictwem systemu monitoringu wizyjnego rejestrującego wizerunek – obraz - utrwalony w chwili przebywania w miejscach objętych zasięgiem monitoringu, w tym Pani/Pana przemieszczania się oraz zachowania, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f. RODO (przetwarzanie danych jest niezbędne do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez administratora),*
4. odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą **upoważnieni pracownicy/zleceniobiorcy Szpitala Miejskiego w Zabrze sp. z o.o. oraz** inne podmioty na podstawie właściwych przepisów, w szczególności Narodowy Fundusz Zdrowia, właściwy urząd skarbowy, osoby i podmioty przetwarzające dane w ramach świadczeń obsługi podatkowo-księgowej i doradztwa prawnego;
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani organizacji międzynarodowej;
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres:
  - a. trwania konkursu oraz okres niezbędny do rozpatrzenia ewentualnych protestów;
  - b. **trwania umowy oraz okres przedawnienia roszczeń wynikających z umowy, w tym także okres przechowywania dokumentacji podatkowej, dokumentacji ZUS, NFZ;**
  - c. Nagrania monitoringu wizyjnego są przechowywane przez 10 dni od dnia nagrania. W przypadku, w którym nagrania obrazu pochodzące z monitoringu wizyjnego stanowią dowód w postępowaniu prowadzonym na podstawie prawa lub Pracodawca powziął wiadomość, iż mogą one stanowić dowód w postępowaniu, nagrania obrazu będą przechowywane do czasu prawomocnego zakończenia postępowania. Po okresie przechowywania nagrań na nośnikach zarejestrowane dane są nadpisywane kolejnymi nagraniami, bez możliwości technicznego odzyskania.
7. posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu;
8. ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzoru gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
9. podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest **warunkiem wzięcia udziału w konkursie, zawarcia i kontynuowania umowy;**
10. dane nie są poddane profilowaniu.

Potwierdzam uzyskanie powyższych informacji

.....

data, podpis

Zabrze, dnia ..... r.

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(nazwa komórki organizacyjnej- oddział)

.....  
(stanowisko)

**O Ś W I A D C Z E N I E  
PIEŁĘGNIARKI/POŁOŻNEJ**

Niniejszym oświadczam, że nie udzielam i nie będę udzielać w trakcie trwania umowy wynikającej z niniejszego konkursu świadczeń opieki zdrowotnej w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia jako:

- a) jednoosobowa działalność gospodarcza jako indywidualna praktyka pielęgniarki/położnej, indywidualna praktyka pielęgniarki/położnej wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki/położnej, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki/położnej wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna praktyka pielęgniarki/położnej wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład lub indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki/położnej wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład,
- b) spółka cywilna, spółka jawna albo spółka partnerska jako grupowa praktyka pielęgniarek/położnych.

.....  
(czytelny podpis)