

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej**  
**Warszawa Wola - Śródmieście**  
**01-445 Warszawa**  
**ul. Ciołka 11**

**FORMULARZ OFERTOWY**  
**UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZAKRESIE USŁUG PIELĘGNIARSKICH**  
**ŚWIADCZONYCH W RAMACH NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

**Przyjmujący zamówienie:**

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_

Kwalifikacje zawodowe: \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania \_\_\_\_\_

Telefon kontaktowy \_\_\_\_\_ adres e-mail \_\_\_\_\_

Odpowiadając na ogłoszenie o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna w zakresie usług pielęgniarskich niniejszym oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych i oczekuję wynagrodzenia w wysokości:

Zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych	Cena jednostkowa [złotych brutto za dyżur]	Proponowana liczba dyżurów w ciągu miesiąca
Usługi pielęgniarskie świadczone w czasie dyżuru nocnego w godz. 19:00-07:00 w warunkach ambulatoryjnych	_____ zł	
Usługi pielęgniarskie świadczone w czasie dyżuru dziennego w sobotę i niedzielę w godz. 07:00-19:00 w warunkach ambulatoryjnych z wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy	_____ zł	
Usługi pielęgniarskie świadczone w czasie dyżuru dziennego w godz. 07:00-19:00 w warunkach ambulatoryjnych w dni, o których mowa w art.1 ust.1 Ustawy z dnia 18 stycznia 1951 roku o dniach wolnych od pracy (Dz. U. nr 4, poz. 28 z późniejszymi zmianami)	_____ zł	

Data \_\_\_\_\_  
(podpis i pieczęć Przyjmującego zamówienie/osoby uprawnionej  
do podpisania i złożenia oferty)

Załącznik Nr 1 do formularza oferty

ZAŁĄCZNIKI – odpowiednio dla Przyjmującego zamówienie

1. Kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe i uprawnienia do wykonywania zawodu pielęgniarstwa, tj.:
  - 1) prawo wykonywania zawodu,
  - 2) dyplom,
  - 3) dyplom uzyskania specjalizacji lub dokument potwierdzający ukończenie kursu kwalifikacyjnego (jeśli dotyczy),
2. Potwierdzone przez Przyjmującego zamówienie dokumenty określające jego status prawny, tj.:
  - 1) wpis do rejestru podmiotów leczniczych (jeśli dotyczy),
  - 2) wpis do ewidencji działalności gospodarczej, w formie wydruku z systemu Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej RP (jeśli dotyczy),
3. Polisa OC dla podmiotu wykonującego działalność leczniczą (zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. (Dz. U. Nr 293 poz. 1729) lub oświadczenie, że Przyjmujący zamówienie będzie posiadał umowę odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania przez cały okres obowiązywania umowy.
4. Pełnomocnictwo wystawione zgodnie z warunkami postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu Przyjmującego zamówienie.

---

( miejscowość, data)

### **OŚWIADCZENIE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE**

1. Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia.
2. Oświadczam, że zapoznałam/em się z warunkami postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że uważam się za związaną/ego ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczam, że nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w tym projekcie umowy, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
5. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym. Stan prawny określony w dokumentach nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty.
6. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne wykonywać będę w siedzibie Udzielającego zamówienia, w pomieszczeniach udostępnionych Przyjmującemu zamówienie na warunkach określonych przez Udzielającego zamówienia.
7. Oświadczam, że będę posiadać umowę odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania przez cały okres obowiązywania umowy.
8. Dobrowolnie i świadomie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Warszawa Wola-Śródmieście w Warszawie (adres siedziby: ul. Ciołka 11, 01 – 445 Warszawa), jako administratora, w celu zawarcia umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w drodze postępowania konkursowego. Zostałam/łem poinformowana/y o możliwości wycofania zgody na adres mailowy [iod@zozwola.pl](mailto:iod@zozwola.pl) lub pisemnie na adres siedziby administratora. Mam świadomość, że wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie tej zgody przed jej wycofaniem.

---

(podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)

---

(miejscowość, data)

**KLAUZULA INFORMACYJNA:**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:

1. administratorem danych osobowych Przyjmującego zamówienie jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Warszawa Wola-Śródmieście, adres ul. Ciołka 11, 01-445 Warszawa;
2. administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którymi mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetworzenia Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej [iod@zozwola.pl](mailto:iod@zozwola.pl);
3. administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. B) RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne w celu przeprowadzenia postępowania konkursowego na świadczenie usług medycznych oraz zawarcia i realizacji umowy na świadczenie usług medycznych;
4. dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem);
5. administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
6. mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 (RODO) informujemy, że:

1. Państwa dane osobowe będą przechowywane do momentu upływu okresu przedawnienia wynikającego z ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 roku Kodeks cywilny oraz przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2014 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w zakresie, w jakim dane umieszczane są w dokumentach sporządzonych dla celów wskazanych w ww. ustawach;
2. przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, skorzystanie ze sprzeciwu nie ma wpływu na przetwarzanie, które miało miejsce do momentu wniesienia sprzeciwu. Przysługuje Państwu również prawo do przeniesienia danych oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
3. podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do złożenia oferty konkursowej. Konsekwencją niepodania danych osobowych może być odrzucenie oferty w konkursie oraz nie podpisanie umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
4. administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe, dane osobowe nie będą podlegać profilowaniu.

---

podpis Przyjmującego zamówienie