**Załącznik nr 1**

**Dane Udzielającego Zamówienia**:

**Uniwersyteckie Centrum Kliniczne WUM**

**ul. Banacha 1a,**

**02-091 Warszawa**

**Dziecięcy Szpital Kliniczny**

**FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY**

**na Udzielanie świadczeń zdrowotnych pielęgniarskich w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Dziecięcego Szpitala Klinicznego im. Józefa Polikarpa Brudzińskiego w Warszawie**

**I Dane Przyjmującego Zamówienie**

Nazwa oferenta:………………………………………………………………………………………………………………

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

Adres zameldowania/siedziba firmy……………………………………………………………………………….

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

Adres e-mail………………….. Nr tel.………………………...

NIP……………………………………. REGON………………………

PWZ…………………………………… PESEL………………………….

**Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych pielęgniarskich w SOR**

Za realizację oczekuję wynagrodzenie brutto………………… zł (słownie ………………………………  
(……………………………………………………………………….) za jedną godzinę udzielania świadczeń, bez kwoty dodatku pielęgniarskiego , wynikającego z uregulowań prawnych oraz dodatkowego wynagrodzenia w wysokości 3,00 zł w okresie od dnia podpisania umowy do 31 czerwca 2021r.

Szacunkowa miesięczna liczba godzin udzielania świadczeń…………………………………………

Posiadam doświadczenie w realizacji świadczeń będących przedmiotem postępowania: ……. lat.

Oferent oświadcza, że:

1. zapoznałam/(em) się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, dokumentacją postępowania na świadczenie usług i nie wnoszę do niej zastrzeżeń;

2. zapoznałam/em się z istotnymi postanowieniami umowy i nie wnoszę w stosunku do niej żadnych uwag, a w przypadku wyboru mojej oferty podpiszę umowę zgodnie z tym projektem umowy w ciągu 14 dni od daty rozstrzygnięcia postępowania konkursowego;

3. uważam się za związanego ofertą przez okres 60 dni od dnia upływu terminu składania ofert;

4 dane przedstawione w ofercie i oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

Do oferty dołączam następujące dokumenty: (wskazane w Dziale IV Opis wymaganych dokumentów)

1. Oświadczenie oferenta wg wzoru stanowiącego załącznik nr 3 do SWKO;
2. Wskazanie kwalifikacji zawodowych (wg wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do SWKO);
3. Dyplom ukończenia szkoły medycznej, jeżeli nie jest w posiadaniu DSK\*;
4. Prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarza
5. Dokument potwierdzający specjalizację lub ukończenie kursów kwalifikacyjnych, specjalistycznych/specjalizacji;`
6. Aktualny wydruk CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej);
7. Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
8. Polisa ubezpieczeniowa od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust 1 pkt 1 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
9. Dokument, potwierdzający posiadanie aktualnego badania lekarskiego niezbędnego do wykonywania zamówienia;
10. Podpisaną Informację Administratora Danych Osobowych, stanowiącą Załącznik nr 5 do SWKO.
11. [[1]](#footnote-1)Inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe Oferenta w zakresie przedmiotu postępowania oraz wskazane w SWKO;
12. …………………………………………………………………………………………
13. …………………………………………………………………………………………
14. …………………………………………………………………………………………

Warszawa, dnia ………………………. ………………………………

Pieczątka i podpis Oferenta

**Załącznik nr 2**

OPIS PERSONELU/OFERENTA

Kwalifikacje, dotychczasowe doświadczenie, przebieg pracy zawodowej ze szczególnym uwzględnieniem świadczeń będących przedmiotem postępowania …………………………………………………………………..…………………………………………………………………… …………………………………………………………………..…………………………………………………………………… …………………………………………………………………..…………………………………………………………………… …………………………………………………………………..…………………………………………………………………… …………………………………………………………………..…………………………………………………………………… …………………………………………………………………..…………………………………………………………………… …………………………………………………………………..…………………………………………………………………… …………………………………………………………………..…………………………………………………………………… …………………………………………………………………..…………………………………………………………………… …………………………………………………………………..…………………………………………………………………… …………………………………………………………………..……………………………………………………………………

Warszawa, dnia ………………………. ……………………………….. Podpis i pieczęć Oferenta

**Załącznik nr 3**

**Oświadczenie Oferenta**

**Jako Oferent oświadczam, że:**

1. nie zalegam w opłatach składek ZUS oraz w opłacie podatku w Urzędzie Skarbowym
2. posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem oferty;
3. gwarantuję ciągłość, kompleksowość, dostępność i wysoką jakość świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej oferty;
4. obowiązuję się do przestrzegania praw pacjenta;
5. zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji dotyczących Udzielającego Zamówienia oraz związanych z realizacją umowy i które to informacje stanowią tajemnicę w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji;
6. zobowiązuje się do odbycia wstępnego szkolenia z zakresu podstawowych zasad zapobiegania zakażeniom szpitalnym.

Warszawa, dnia ……………………… ...……………………….  
(pieczęć i podpis Oferenta)

Załącznik nr 5

**UNIWERSYTECKIE CENTRUM KLINICZNE**

**WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO**

ul. Banacha 1a, 02-097 Warszawa

KRS 0000073036, REGON 000288975, NIP 5220002529, RPWDL 000000018598

**Informacja Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego**

**na podstawie art. 13 RODO skierowana do podmiotów uczestniczących w konkursie ofert DSP.4240.4.2021.DSK na udzielenie świadczeń zdrowotnych pielęgniarskich w SOR**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. 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) (Dz. U. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), zwanego dalej „RODO”, informuję, że:

1. w ramachpostępowania – **konkursu ofert na udzielenie świadczeń zdrowotnych pielęgniarskich w SOR** prowadzonego w trybie art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Administrator przetwarza dane osobowe w postaci imienia, nazwiska, numeru telefonu, adresu e-mail oraz a dresu do korespondencji, dotyczące osób fizycznych działających w imieniu własnym lub jako przedstawiciele innych podmiotów, których udział w niniejszym postępowaniu związany jest w szczególności z występowaniem jako:
   1. podmioty, które złożyły zapytania i wnioski w trakcie trwania niniejszego postępowania;
   2. podmioty, które będą składały pisma dotyczące niniejszego postępowania;
   3. Wykonawcy, którzy złożyli oferty w niniejszym postępowaniu.
2. Dane osobowe pozyskiwane są zarówno bezpośrednio od osób fizycznych, których one dotyczą, jak i od podmiotów w imieniu których osoby te działają.
3. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jestUniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (UCK WUM), adres siedziby: ul. Banacha 1a, 02 – 097 Warszawa, adres do korespondencji: ul. Żwirki i Wigury 63A, 02-091 Warszawa, tel. 22 317 9133, fax 22 317 9027, NIP 5220002529, REGON 000288975, KRS 0000073036.
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b i c RODO w celu związanym z ww. postępowaniem – konkursem ofert na udzielenie świadczeń zdrowotnych.
5. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być osoby lub podmioty, którym udostępniona zostanie dokumentacja postępowania na podstawie ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej. Jednocześnie poucza się, że zgodnie z treścią art. 26 ust 4 ustawy o działalności leczniczej w związku z art. 151 ust 1,2 4-6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, o rozstrzygnięciu  konkursu  ofert  ogłasza  się  w miejscu   i terminie określonych w ogłoszeniu o konkursie ofert, a ogłoszenie zawiera nazwę (firmę) albo imię i nazwisko oraz siedzibę albo miejsce zamieszkania i adres świadczeniodawcy, który został wybrany.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez Administratora przez okres trwania umowy oraz okres jej archiwizacji. Jednocześnie wskazuje się, że na podstawie ustawy z dnia 14 lipca 1983 roku o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz w oparciu o wprowadzone na podstawie w/w ustawy, Instrukcję Kancelaryjną oraz Jednolity Rzeczowy Wykaz Akt obowiązujące u Administratora, umowy wraz z załącznikami zawarte w ramach procedury konkursu ofert na udzielenie świadczeń zdrowotnych**,** prowadzonego w trybie art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, podlegają archiwizacji zakładowej bez brakowania, a następnie po okresie archiwizacji zakładowej wymaganej przepisami prawa, są przekazywane do Archiwum Państwowego.
7. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest wymogiem ustawowym określonym w przepisach ustawy, warunkującym udział w postępowaniu - konkursie ofert na udzielenie świadczeń zdrowotnych, prowadzonego w trybie art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
8. W odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO.
9. Posiada Pani/Pan:
10. na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
11. na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych;
12. na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO;
13. prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
14. Nie przysługuje Pani/Panu:
15. w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
16. prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
17. na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.

|  |  |
| --- | --- |
| Siedziba: ul. Banacha 1a, 02-097 Warszawa  Adres do korespondencji: ul. Żwirki i Wigury 63A, 02 – 091 Warszawa  NIP: 522-00-02-529, REGON: 000288975  KRS: 0000073036  tel. 22 317 91 33, fax 22 317 90 27  e-mail: szpital@spdsk.edu.pl  www.uckwum.pl | Zakłady lecznicze UCK WUM:  Centralny Szpital Kliniczny / Przychodnia Specjalistyczna Banacha ul. Banacha 1a, 02 – 097 Warszawa  Dziecięcy Szpital Kliniczny im. Józefa Polikarpa Brudzińskiego w Warszawie / Przychodnia Specjalistyczna dla Dzieci, ul. Żwirki i Wigury 63A, 02 – 091 Warszawa  Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus / Przychodnia Specjalistyczna Lindleya, ul. W. H. Lindleya 4, 02 – 005 Warszawa |

1. Inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe Oferenta w zakresie przedmiotu postępowania oraz wskazane w SWKO [↑](#footnote-ref-1)