



Mazowiecki Szpital Wojewódzki im. św. Jana Pawła II
w Siedlcach
Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
Regon – 141944750 NIP – 821-257-76-07
KRS – 0000336825
08-110 Siedlce, ul. Poniatowskiego 26
www.szpital.siedlce.pl kadry@szpital.siedlce.pl
tel. 25 64 03 304 fax. 25 64 03 224

Siedlce, dnia 27 czerwca 2025 roku

Nr konkursu ofert: ZZ.1130.45.2025

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT

Postępowanie o udzielenie zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych pielęgniarskich

Załączniki:

1. Załącznik nr 1 – Formularz oferty na udzielanie świadczeń zdrowotnych pielęgniarskich- Zakład Diagnostyki Obrazowej – Pracownia Radiologii Zabiegowej (Zadanie 1A).
2. Załącznik nr 2- Formularz oferty na udzielanie świadczeń zdrowotnych pielęgniarskich w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej (Zadanie 1B).
3. Załącznik nr 3- Formularz oferty na udzielanie świadczeń zdrowotnych pielęgniarskich w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii (Zadanie 1C).
4. Załącznik nr 4- Formularz oferty na udzielanie świadczeń zdrowotnych pielęgniarskich w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii - Bloku Anestezjologicznym (Zadanie 1D).
5. Załącznik nr 5- Formularz oferty na udzielanie świadczeń zdrowotnych pielęgniarskich w Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Udarowym. (Zadanie 1E)
6. Załącznik nr 6- Formularz oferty na udzielanie świadczeń zdrowotnych pielęgniarskich w Zakładzie Endoskopii (Zadanie 1F).
7. Załącznik nr 7- Formularz oferty na udzielanie świadczeń zdrowotnych pielęgniarskich w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (Zadanie 1G).
8. Załącznik nr 8- Formularz oferty na udzielanie świadczeń zdrowotnych pielęgniarskich w Oddziale Kardiologicznym (Zadanie 1H).
9. Załącznik nr 9- Formularz oferty na udzielanie świadczeń zdrowotnych pielęgniarskich w Oddziale Ortopedyczno-Urazowym (Zadanie 1I).
10. Załącznik nr 10- Formularz oferty na udzielanie świadczeń zdrowotnych pielęgniarskich w Bloku Operacyjnym (Zadanie 1J).
11. Załącznik nr 11 - Formularz oferty na udzielanie świadczeń zdrowotnych pielęgniarskich w Oddziale Rehabilitacyjnym (lok. Rudka) (Zadanie 1K).
12. Załącznik nr 12- Formularz oferty na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez położną w Przychodni Podstawowej opieki Zdrowotnej „OMEGA” (Zadanie 1L).
13. Załącznik nr 13 - Projekt umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne.

PIECZĘĆ I PODPIS
ZATWIERDZAM

Marcin Kulicki

(podpis i pieczęć)

Szczegółowe warunki konkursu ofert (SWKO) określają zasady przeprowadzenia konkursu, jego przedmiot, podmioty/osoby uprawnione do składania ofert, wymagania stawiane oferentom, sposób przygotowania i złożenia ofert, tryb oraz kryteria wyboru najkorzystniejszej oferty, środki odwoławcze oraz inne niezbędne informacje dotyczące konkursu.

Postępowanie jest prowadzone w trybie konkursu ofert na świadczenia zdrowotne na podstawie art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j. z 2025 r. poz.450 z późn. zm).

Do konkursu ofert stosuje się odpowiednio art. 140, art. 141, 146 ust. 1, art. 147 – 150, 151 ust. 1,2 i 4-6, art. 152, 153 i 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. 2025 r. poz. 305 z późn.zm).

Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przeprowadza Komisja konkursowa zgodnie z „Regulaminem Komisji Konkursowej” obowiązującym u Udzielającego zamówienia.

I. UDZIELAJACY ZAMÓWIENIA

Mazowiecki Szpital Wojewódzki im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o.o. , ul. Księcia Józefa Poniatowskiego 26, 08-110 Siedlce, zwana dalej „Spółką”.

II. PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA

1. Przedmiotem zamówienia jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w następujących zadaniach:

Zadanie 1A - udzielanie świadczeń zdrowotnych pielęgniarских u Udzielającego zamówienia, w tym w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej – Pracowni Radiologii Zabiegowej (jako podstawowym miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych), w szczególności:

- 1) asystowanie przy zabiegach wykonywanych w Pracowni Radiologii Zabiegowej,
- 2) opieka pielęgniarська nad pacjentem przed zabiegiem, w trakcie zabiegu i po zabiegu, do momentu przekazania pacjenta personelowi oddziału,
- 3) udzielanie świadczeń w stanie zagrożenia życia – resuscytacja krążeniowo- oddechowa,
- 4) zapewnienie kompleksowej opieki pielęgniarської pacjentom przebywającym w pracowniach diagnostycznych,
- 5) nadzór nad metodyką i wykonywaniem badań z użyciem środków cieniujących oraz przygotowywanie stanowiska i pacjentów do zaplanowanych badań w zakresie działania pielęgniarского,
- 6) przestrzeganie przepisów obowiązujących u Udzielającego zamówienia, w szczególności dotyczących gospodarki lekami, zachowanie przepisów higieny, dbanie o sprzęt i jego dezynfekcja,
- 7) wykonywanie czynności diagnostycznych i innych czynności zgodnie z posiadanymi uprawnieniami,
- 8) udzielanie świadczeń pielęgniarских zgodnie z harmonogramem,
- 9) przygotowanie stanowiska do udzielania świadczeń pielęgniarских, sprawdzenie sprawności urządzeń i sprzętu medycznego, narzędzi, sprzętu sterylnego,
- 10) pozostawienie stanowiska pracy po wykonywanych czynnościach w należytych stanie, w gotowości do pracy,
- 11) przeprowadzanie dezynfekcji wstępnej narzędzi chirurgicznych po zabiegu, przekazywanie materiału do Zakładu Sterylizacji,
- 12) zabezpieczenie i właściwe przechowywanie leków, sprzętu i materiałów medycznych
- 13) prowadzenie ewidencji rozchodu leków i sprzętu jednorazowego użytku oraz materiałów medycznych na pacjenta,

- 14) wykonywanie świadczeń pielęgnarskich z należytą starannością, obowiązującymi instrukcjami, procedurami i standardami,
- 15) prowadzenie dokumentacji medycznej,
- 16) współpraca z zespołem terapeutycznym w celu zapewnienia pacjentowi skutecznej opieki na wysokim poziomie.

Zadanie 1B - udzielanie świadczeń zdrowotnych pielęgnarskich u Udzielającego zamówienia, w tym w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej (jako podstawowym miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych), w szczególności:

- 1) zapewnienie kompleksowej opieki pielęgnarskiej pacjentom przebywającym w pracowniach diagnostycznych,
- 2) udzielanie świadczeń w stanie zagrożenia życia – resuscytacja krążeniowo- oddechowa,
- 3) nadzór nad metodyką i wykonywaniem badań z użyciem środków cieniujących oraz przygotowywanie stanowiska i pacjentów do zaplanowanych badań w zakresie działania pielęgnarskiego,
- 4) przestrzeganie przepisów obowiązujących w szpitalu, w szczególności dotyczących gospodarki lekami, zachowanie przepisów higieny, dbanie o sprzęt i jego dezynfekcja,
- 5) wykonywanie czynności diagnostycznych i innych czynności zgodnie z posiadanymi uprawnieniami,
- 6) udzielanie świadczeń zgodnie z harmonogramem,
- 7) przygotowanie stanowiska do udzielania świadczeń, sprawdzenie sprawności urządzeń i sprzętu medycznego, narzędzi, sprzętu sterylnego,
- 8) pozostawienie stanowiska pracy po wykonywanych czynnościach w należytym stanie, w gotowości do pracy,
- 9) przeprowadzanie dezynfekcji wstępnej narzędzi chirurgicznych po zabiegu, przekazywanie materiału do Zakładu Sterylizacji,
- 10) zabezpieczenie i właściwe przechowywanie leków,
- 11) prowadzenie ewidencji rozchodu leków i sprzętu jednorazowego użytku, materiałów medycznych na pacjenta,
- 12) wykonywanie świadczeń z należytą starannością, obowiązującymi instrukcjami, procedurami i standardami,
- 13) prowadzenie dokumentacji medycznej,
- 14) współpracę z zespołem terapeutycznym w celu zapewnienia pacjentowi skutecznej opieki na wysokim poziomie

Zadanie 1C - udzielanie świadczeń zdrowotnych pielęgnarskich u Udzielającego zamówienia, w tym w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii (jako podstawowym miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych), w szczególności:

- 1) udzielanie świadczeń w stanie zagrożenia życia – resuscytacja krążeniowo- oddechowa,
- 2) asystowanie przy procedurach anestezjologicznych i innych wykonywanych w oddziale,
- 3) opieka pielęgnarska i pielęgnacyjna nad pacjentem przebywającym w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii,
- 4) udzielanie świadczeń pielęgnarskich zgodnie z harmonogramem,
- 5) wykonywanie czynności diagnostycznych i innych czynności zgodnie z posiadanymi uprawnieniami,
- 6) przygotowanie stanowiska do udzielania świadczeń, do znieczulenia lub zabiegu / sprawdzenie sprawności urządzeń i sprzętu medycznego, narzędzi chirurgicznych, sprzętu sterylnego,
- 7) pozostawienie stanowiska – sal zabiegowych po zabiegu w należytym stanie, w gotowości do pracy,
- 8) zabezpieczenie i właściwe przechowywanie leków,

- 9) prowadzenie ewidencji rozchodu leków i sprzętu jednorazowego użytku, materiałów medycznych na pacjenta,
- 10) asystowanie przy znieczuleniach wykonywanych na salach bloku operacyjnego, salach operacyjnych umiejscowionych poza blokiem operacyjnym, Zakładzie endoskopii, Trakcie porodowym, opiekę pielęgniarską nad pacjentem przed znieczuleniem, w trakcie znieczulenia i po znieczuleniu,
- 11) opieka nad pacjentem przebywającym w sali pooperacyjnej do momentu przekazania pacjenta personelowi oddziału,
- 12) przestrzeganie sterylności przeprowadzanych zabiegów,
- 13) przekazywanie narzędzi i bielizny do Zakładu Sterylizacji,
- 14) prowadzenie dokumentacji medycznej,
- 15) współpraca z zespołem terapeutycznym w celu zapewnienia pacjentowi skutecznej opieki na wysokim poziomie.

Zadanie 1D - udzielanie świadczeń zdrowotnych pielęgniarских u Udzielającego zamówienia, w tym w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii- Bloku Anestezjologicznym (jako podstawowym miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych), w szczególności:

- 1) udzielanie świadczeń w stanie zagrożenia życia – resuscytacja krążeniowo- oddechowa,
- 2) asystowanie przy procedurach anestezjologicznych i innych wykonywanych w oddziale,
- 3) opieka pielęgniarska i pielęgnacyjna nad pacjentem przebywającym w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii,
- 4) udzielanie świadczeń pielęgniarских zgodnie z harmonogramem,
- 5) wykonywanie czynności diagnostycznych i innych czynności zgodnie z posiadanymi uprawnieniami,
- 6) przygotowanie stanowiska do udzielania świadczeń pielęgniarских, do znieczulenia lub zabiegu / sprawdzenie sprawności urządzeń i sprzętu medycznego, narzędzi chirurgicznych, sprzętu sterylnego,
- 7) pozostawienie stanowiska – sal zabiegowych po zabiegu w należytym stanie, w gotowości do pracy,
- 8) zabezpieczenie i właściwe przechowywanie leków,
- 9) prowadzenie ewidencji rozchodu leków i sprzętu jednorazowego użytku, materiałów medycznych na pacjenta,
- 10) asystowanie przy znieczuleniach wykonywanych na salach bloku operacyjnego, salach operacyjnych umiejscowionych poza blokiem operacyjnym, Zakładzie Endoskopii, Trakcie porodowym, opiekę pielęgniarską nad pacjentem przed znieczuleniem, w trakcie znieczulenia i po znieczuleniu,
- 11) opieka nad pacjentem przebywającym w sali pooperacyjnej do momentu przekazania pacjenta personelowi oddziału,
- 12) przestrzeganie sterylności przeprowadzanych zabiegów,
- 13) przekazywanie narzędzi i bielizny do Zakładu Sterylizacji,
- 14) prowadzenie dokumentacji medycznej,
- 15) współpraca z zespołem terapeutycznym w celu zapewnienia pacjentowi skutecznej opieki na wysokim poziomie.

Zadanie 1E - udzielanie świadczeń zdrowotnych pielęgniarских, u Udzielającego zamówienia, w tym w Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Udarowym (jako podstawowym miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych), w szczególności:

- 1) udzielanie świadczeń pacjentom przebywającym w Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Udarowym
- 2) udzielanie świadczeń w stanie zagrożenia życia – resuscytacja krążeniowo- oddechowa,
- 3) asystowanie przy procedurach neurologicznych i innych wykonywanych w oddziale,

- 4) opieka pielęgniarską i pielęgnacyjną nad pacjentem przebywającym w Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Udarowym
- 5) udzielanie świadczeń pielęgniarskich zgodnie z harmonogramem,
- 6) wykonywanie czynności diagnostycznych i innych czynności zgodnie z posiadanymi uprawnieniami,
- 7) przygotowanie stanowiska do udzielania świadczeń pielęgniarskich, sprawdzenie sprawności urządzeń i sprzętu medycznego, narzędzi, sprzętu sterylnego,
- 8) pozostawienie stanowiska pracy po wykonywanych czynnościach w należyтым stanie, w gotowości do pracy,
- 9) zabezpieczenie i właściwe przechowywanie leków,
- 10) prowadzenie ewidencji rozchodu leków i sprzętu jednorazowego użytku, materiałów medycznych na pacjenta,
- 11) wykonywanie świadczeń pielęgniarskich z należytą starannością, obowiązującymi instrukcjami, procedurami i standardami,
- 12) przekazywanie narzędzi i bielizny do Zakładu Sterylizacji,
- 13) prowadzenie dokumentacji medycznej,
- 14) współpraca z zespołem terapeutycznym w celu zapewnienia pacjentowi skutecznej opieki na wysokim poziomie.

Zadanie 1F udzielanie świadczeń zdrowotnych pielęgniarskich u Udzielającego zamówienia, w tym w Zakładzie Endoskopii (jako podstawowym miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych), w szczególności:

- 1) udzielanie świadczeń w stanie zagrożenia życia – resuscytacja krążeniowo- oddechowa,
- 2) asystowanie przy procedurach wykonywanych w Zakładzie Endoskopii
- 3) opieka pielęgniarska i pielęgnacyjna nad pacjentem przebywającym w Zakładzie Endoskopii,
- 4) wykonywanie czynności diagnostycznych i innych czynności zgodnie z posiadanymi uprawnieniami,
- 5) udzielanie świadczeń pielęgniarskich zgodnie z harmonogramem,
- 6) przygotowanie stanowiska do udzielania świadczeń pielęgniarskich, sprawdzenie sprawności urządzeń i sprzętu medycznego, narzędzi, sprzętu sterylnego,
- 7) pozostawienie stanowiska pracy po wykonywanych czynnościach w należyтым stanie, w gotowości do pracy,
- 8) zabezpieczenie i właściwe przechowywanie leków,
- 9) prowadzenie ewidencji rozchodu leków i sprzętu jednorazowego użytku, materiałów medycznych na pacjenta,
- 10) wykonywanie świadczeń pielęgniarskich z należytą starannością, obowiązującymi instrukcjami, procedurami i standardami,
- 11) opieka nad pacjentem przebywającym w sali zabiegowej do momentu przekazania pacjenta personelowi oddziału,
- 12) przekazywanie narzędzi i bielizny do Zakładu Sterylizacji oraz mycie i dezynfekcja endoskopów,
- 13) prowadzenie dokumentacji medycznej,
- 14) współpraca z zespołem terapeutycznym w celu zapewnienia pacjentowi skutecznej opieki na wysokim poziomie.

Zadanie 1G - udzielanie świadczeń zdrowotnych pielęgniarskich u Udzielającego zamówienia, w tym w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (jako podstawowym miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych), w szczególności:

- 1) dokonywanie oceny stanu zdrowia osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego i podejmowanie czynności ratunkowych,

- 2) udzielanie świadczeń w stanie zagrożenia życia – resuscytacja krążeniowo- oddechowa,
- 3) udział w przyjęciu chorego do oddziału i ułatwienie adaptacji do środowiska szpitalnego oraz udzielanie wsparcia psychicznego pacjentowi i jego rodzinie,
- 4) opieka pielęgniarska nad pacjentem przebywającym w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym,
- 5) opieka nad pacjentem przebywającym w sali obserwacyjnej do momentu przekazania pacjenta do innego oddziału szpitalnego,
- 6) asystowanie przy procedurach wykonywanych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym,
- 7) współpraca z innymi komórkami szpitala, transport pacjenta na badania diagnostyczne lub inny oddział,
- 8) zabezpieczenie i właściwe przechowywanie rzeczy chorego oraz przedmiotów wartościowych,
- 9) zabezpieczenie i właściwe przechowywanie leków,
- 10) przygotowanie stanowiska do udzielania świadczeń, przygotowanie sprzętu specjalistycznego, sprzętu medycznego, narzędzi, materiałów medycznych, sprawdzenie sprawności urządzeń, pozostawienie gabinetów w należytym stanie i gotowości do pracy,
- 11) wykonywanie czynności diagnostycznych i innych czynności zgodnie z posiadanymi uprawnieniami,
- 12) udzielanie świadczeń pielęgniarskich zgodnie z harmonogramem,
- 13) prowadzenie ewidencji rozchodu leków, sprzętu jednorazowego użytku i materiałów medycznych na pacjenta,
- 14) wykonywanie świadczeń pielęgniarskich z należytą starannością, obowiązującymi instrukcjami, procedurami i standardami,
- 15) przekazywanie narzędzi i bielizny do Zakładu Sterylizacji,
- 16) prowadzenie dokumentacji medycznej,
- 17) współpraca z zespołem terapeutycznym w celu zapewnienia pacjentowi skutecznej opieki na wysokim poziomie

Zadanie -1H- udzielanie świadczeń zdrowotnych pielęgniarskich u Udzielającego zamówienia, w tym w Oddziale Kardiologicznym (jako podstawowym miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych), w szczególności:

- 1) udzielanie świadczeń pacjentom przebywającym w Oddziale Kardiologicznym,
- 2) asystowanie przy procedurach wykonywanych w oddziale,
- 3) udzielanie świadczeń w stanie zagrożenia życia – resuscytacja krążeniowo- oddechowa,
- 4) wykonywanie czynności diagnostycznych i innych czynności zgodnie z posiadanymi uprawnieniami,
- 5) opieka pielęgniarska i pielęgniacyjna nad pacjentem przebywającym w Oddziale Kardiologicznym
- 6) udzielanie świadczeń pielęgniarskich zgodnie z harmonogramem,
- 7) przygotowanie stanowiska do udzielania świadczeń, sprawdzenie sprawności urządzeń i sprzętu medycznego, narzędzi, sprzętu sterylizowanego,
- 8) pozostawienie stanowiska pracy po wykonywanych czynnościach w należytym stanie, w gotowości do pracy,
- 9) zabezpieczenie i właściwe przechowywanie leków,
- 10) prowadzenie ewidencji rozchodu leków i sprzętu jednorazowego użytku, materiałów medycznych na pacjenta,
- 11) wykonywanie świadczeń pielęgniarskich z należytą starannością, obowiązującymi instrukcjami, procedurami i standardami,
- 12) przekazywanie narzędzi i bielizny do Zakładu Sterylizacji,
- 13) prowadzenie dokumentacji medycznej,

- 14) współpraca z zespołem terapeutycznym w celu zapewnienia pacjentowi skutecznej opieki na wysokim poziomie.

Zadanie 1I- udzielanie świadczeń zdrowotnych pielęgniarских, u Udzielającego zamówienia, w tym w Oddziale Ortopedyczno-Urazowym (jako podstawowym miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych) w szczególności:

- 1) zapewnienie kompleksowej opieki pielęgniarской pacjentom przebywającym w oddziale,
- 2) udzielanie świadczeń w stanie zagrożenia życia – resuscytacja krążeniowo- oddechowa,
- 2) wykonywanie czynności diagnostycznych i innych czynności zgodnie z posiadanymi uprawnieniami,
- 3) udział w wykonywaniu specjalistycznych badań- diagnostycznych i terapeutycznych,
- 4) udzielanie świadczeń pielęgniarских zgodnie z harmonogramem,
- 5) przygotowanie stanowiska do udzielania świadczeń, sprawdzenie sprawności urządzeń i sprzętu medycznego, narzędzi, sprzętu sterylного,
- 6) pozostawienie stanowiska pracy po wykonywanych czynnościach w należytym stanie, w gotowości do pracy,
- 7) zabezpieczenie i właściwe przechowywanie leków,
- 8) prowadzenie ewidencji rozchodu leków i sprzętu jednorazowego użytku, materiałów medycznych na pacjenta,
- 9) wykonywanie świadczeń pielęgniarских z należytą starannością, obowiązującymi instrukcjami, procedurami i standardami,
- 10) przygotowanie i przekazywanie narzędzi do Zakładu Sterylizacji,
- 11) prowadzenie dokumentacji medycznej,
- 12) współpraca z zespołem terapeutycznym w celu zapewnienia pacjentowi skutecznej opieki na wysokim poziomie.

Zadanie 1J- udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki w Bloku Operacyjnym (jako podstawowym miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych), w szczególności:

- 1) asystowanie przy zabiegach operacyjnych wykonywanych na bloku operacyjnym,
- 2) opiekę nad pacjentem przed zabiegiem, w trakcie zabiegu i po zabiegu, do momentu przekazania pacjenta personelowi oddziału,
- 3) udzielanie świadczeń zgodnie z harmonogramem,
- 4) wykonywanie czynności diagnostycznych i innych czynności zgodnie z posiadanymi uprawnieniami,
- 5) przygotowanie stanowiska – sal operacyjnych do zabiegu / sprawdzenie sprawności urządzeń i sprzętu medycznego, narzędzi chirurgicznych, materiału szewnego i bielizny operacyjnej oraz implantów,
- 6) przeprowadzanie dezynfekcji wstępnej narzędzi chirurgicznych po zabiegu, przekazywanie materiału do Zakładu Sterylizacji,
- 7) pozostawienie stanowiska – sal operacyjnych po zabiegu w należytym stanie, w gotowości do pracy,
- 8) przestrzeganie sterylności przeprowadzanych zabiegów,
- 9) bieżącą kontrolę w czasie zabiegu operacyjnego ilości narzędzi chirurgicznych, materiału opatrunkowego i szewnego,
- 10) zabezpieczenie pobranego materiału klinicznego do badań histopatologicznych, bakteriologicznych, mykologicznych,
- 11) prowadzenie dokumentacji medycznej,
- 12) prowadzenie rozchodu zużytego sprzętu, implantów i materiałów medycznych,

- 13) współpraca z zespołem terapeutycznym w celu zapewnienia pacjentowi skutecznej opieki na wysokim poziomie.

Zadanie 1K -udzielanie świadczeń zdrowotnych pielęgniarских u Udzielającego zamówienia, w tym w Oddziale Rehabilitacyjnym (jako podstawowym miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych), w szczególności:

- 1) udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentom przebywającym w Oddziale Rehabilitacyjnym,
- 2) udzielanie świadczeń w stanie zagrożenia życia – resuscytacja krążeniowo- oddechowa,
- 3) wykonywanie czynności diagnostycznych i innych czynności zgodnie z posiadanymi uprawnieniami,
- 4) asystowanie przy procedurach wykonywanych w oddziale,
- 5) opiekę pielęgniarскую i pielęgnacyjną nad pacjentem przebywającym w Oddziale Rehabilitacyjnym
- 6) udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z harmonogramem,
- 7) przygotowanie stanowiska do udzielania świadczeń, sprawdzenie sprawności urządzeń i sprzętu medycznego, narzędzi, sprzętu sterylного,
- 8) pozostawienie stanowiska pracy po wykonywanych czynnościach w należytym stanie, w gotowości do pracy,
- 9) zabezpieczenie i właściwe przechowywanie leków,
- 10) prowadzenie ewidencji rozchodu leków i sprzętu jednorazowego użytku, materiałów medycznych na pacjenta,
- 11) wykonywanie świadczeń pielęgniarских z należytą starannością, obowiązującymi instrukcjami, procedurami i standardami,
- 12) prowadzenie dokumentacji medycznej,
- 13) współpraca z zespołem terapeutycznym w celu zapewnienia pacjentowi skutecznej opieki na wysokim poziomie.

Zadanie 1L - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez położną w Przychodni Podstawowej Opieki Zdrowotnej „OMEGA” u Udzielającego zamówienia, (jako podstawowym miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych):

- 1) wykonywanie zadań położnej POZ w zakresie: promocji zdrowia i profilaktyki chorób, świadczeń pielęgnacyjnych, świadczeń diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych w oparciu o ROZPO - RZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 27 listopada 2019 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. 2019 poz. 2335)
- 2) udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentom Przychodni POZ „OMEGA” zgodnie z posiadanymi uprawnieniami,
- 3) wykonywanie czynności diagnostycznych i innych czynności zgodnie z posiadanymi uprawnieniami,
- 4) asystowanie przy procedurach wykonywanych w Przychodni POZ „OMEGA”
- 5) udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z harmonogramem,
- 6) przygotowanie stanowiska do udzielania świadczeń zdrowotnych, sprawdzenie sprawności urządzeń i sprzętu medycznego, narzędzi, sprzętu sterylного,
- 7) pozostawienie stanowiska pracy po wykonywanych czynnościach w należytym stanie, w gotowości do pracy,
- 8) zabezpieczenie i właściwe przechowywanie leków,
- 9) prowadzenie ewidencji rozchodu leków i sprzętu jednorazowego użytku, materiałów medycznych na pacjenta,
- 10) wykonywanie świadczeń pielęgniarских z należytą starannością, obowiązującymi instrukcjami, procedurami i standardami,

- 11) prowadzenie dokumentacji medycznej,
- 12) współpraca z zespołem terapeutycznym w celu zapewnienia pacjentowi skutecznej opieki na wysokim poziomie.

85141200-0 - Usługi świadczone przez pielęgniarki

85141100-0 - Usługi świadczone przez położne

2. Termin wykonania zamówienia: w okresie od dnia podpisania umowy – 30.09.2026 roku
3. Udzielający zamówienia dopuszcza składanie ofert częściowych.
4. Przewidywana maksymalna liczba godzin objęta przedmiotem zamówienia wynosi: 320 godzin – Zadanie 1A, 320 godzin – Zadanie 1B, 320 godzin – Zadanie 1C, 640 godzin – Zadanie 1D, 320 godzin – Zadanie 1E, 160 godzin – Zadanie 1F, 640 godzin – Zadanie 1G, 160 godzin – Zadanie 1H, 160 godzin – Zadanie 1I, 640 godzin – Zadanie 1J, 640 godzin – Zadanie 1K, 160 godzin – Zadanie 1L.
5. Postępowanie konkursowe dotyczy udzielania świadczeń zdrowotnych przez 2 osoby – Zadanie 1A, 2 osób – Zadanie 1B, 2 osoby – Zadanie 1C, 4 osoby – Zadanie 1D, 2 osoby – Zadanie 1E, 1 osoba – Zadanie 1F, 4 osoby – Zadanie 1G, 2 osoby – Zadanie 1H, 1 osoba – Zadanie 1I, 4 osoby – Zadanie 1J, 4 osób – Zadanie 1K, 1 osoba – Zadanie 1L.
6. Dopuszcza się możliwość złożenia oferty przez większą liczbę oferentów niż wskazano powyżej w ramach miesięcznego limitu godzin.

III. WARUNKI UDZIAŁU W KONKURSIE

O udzielenie świadczeń zdrowotnych może ubiegać się osoba/podmiot, która:

- 1) spełnia wymagania określone w art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
- 2) posiada prawo wykonywania zawodu pielęgniarki,
- 3) posiada wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej,
- 4) posiada wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą zawierający kod praktyki z numerem 93 ,
- 5) posiada aktualne zaświadczenie lekarskie o zdolności do udzielania świadczeń objętych postępowaniem konkursowym, wystawionego przez lekarza medycyny pracy zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
- 6) posiada aktualne zaświadczenie o odbytych szkoleniach ogólnym z zakresu BHP i PPOŻ na warunkach zgodnych z Rozporządzeniem Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 27 lipca 2004 r. w sprawie szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy,
- 7) posiada aktualne ubezpieczenie OC,
- 8) posiada aktualne zaświadczenie o ukończeniu szkolenia pielęgniarek i położnych dokonujących przetaczania krwi i jej składników, wydane przez Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa (nie dotyczy zadania 1B, 1F, 1J, 1L).
- 9) posiada kurs specjalistyczny z resuscytacji krążeniowo-oddechowej,
- 10) posiada doświadczenie zawodowe i kwalifikacje, o których mowa w Rozdziale IV,
- 11) nie była prawomocnie skazana za czyny zabronione odpowiadające przestępstwu określonym w rozdziale 3 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 niej innego orzeczenia, w którym stwierdzono, iż dopuściła się takich czynów zabronionych lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego,

- 12) nie jest zamieszczona w Rejestrze z dostępem ograniczonym lub w Rejestrze osób, w stosunku do których Państwowa Komisja do spraw przeciwdziałania wykorzystaniu seksualnemu małoletnich poniżej lat 15 wydała postanowienie o wpisie w Rejestrze.

IV. WYMAGANIA DODATKOWE

Zadanie 1A - udzielanie świadczeń zdrowotnych pielęgniarских u Udzielającego zamówienia, w tym w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej - Pracowni Radiologii Zabiegowej (jako podstawowym miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych),

- 1) min. 2 letni staż pracy w zawodzie pielęgniarki, w tym min. 1 rok na bloku operacyjnym,
- 2) specjalizacja z pielęgniarstwa operacyjnego lub kurs kwalifikacyjny z pielęgniarstwa operacyjnego,
- 3) certyfikat zdania egzaminu w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta,
- 4) zaświadczenie z ukończenia szkolenia/seminarium dla pracowników personelu medycznego z zakresu bhp przy stosowaniu urządzeń medycznych wytwarzających pola elektromagnetyczne w zakresie częstotliwości 0,1 -300 GHz.
- 5) deklaracja udzielania świadczeń zdrowotnych w wymiarze co najmniej 120 godzin w miesiącu kalendarzowym.

Zadanie 1B - udzielanie świadczeń zdrowotnych pielęgniarских u Udzielającego zamówienia, w tym w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej (jako podstawowym miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych), w szczególności:

- 1) min. 2 letni staż pracy w zawodzie pielęgniarki,
- 2) certyfikat zdania egzaminu w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta,
- 3) zaświadczenie z ukończenia szkolenia/seminarium dla pracowników personelu medycznego z zakresu bhp przy stosowaniu urządzeń medycznych wytwarzających pola elektromagnetyczne w zakresie częstotliwości 0,1 -300 GHz.
- 4) deklaracja udzielania świadczeń zdrowotnych w wymiarze co najmniej 120 godzin w miesiącu kalendarzowym.

Zadanie 1C - udzielanie świadczeń zdrowotnych pielęgniarских u Udzielającego zamówienia, w tym w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii (jako podstawowym miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych),

- 1) min. 1 rok stażu pracy w zawodzie pielęgniarki, w tym min. 3 m-ce stażu pracy w oddziale o profilu anestezjologii i intensywnej terapii,
- 2) specjalizacja z pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub kurs kwalifikacyjny z anestezjologii i intensywnej opieki,
- 3) zaświadczenie o ukończeniu szkolenia/seminarium dla pracowników personelu medycznego z zakresu bhp przy stosowaniu urządzeń medycznych wytwarzających pola elektromagnetyczne w zakresie częstotliwości 0,1 -300 GHz,
- 4) deklaracja udzielania świadczeń zdrowotnych w wymiarze co najmniej 120 godzin w miesiącu kalendarzowym.

Zadanie 1D - udzielanie świadczeń zdrowotnych pielęgniarских u Udzielającego zamówienia, w tym w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii- Bloku Anestezjologicznym (jako podstawowym miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych),

- 1) min. 1 rok stażu pracy w zawodzie pielęgniarki, w tym min. 3 m-ce w oddziale o profilu anestezjologii i intensywnej terapii,

- 2) specjalizacja z pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub kurs kwalifikacyjny z anestezjologii i intensywnej opieki,
- 3) zaświadczenie z ukończenia szkolenia/seminarium dla pracowników personelu medycznego z zakresu bhp przy stosowaniu urządzeń medycznych wytwarzających pola elektromagnetyczne w zakresie częstotliwości 0,1 -300 GHz,

Zadanie 1E - udzielanie świadczeń zdrowotnych pielęgniarских, u Udzielającego zamówienia, w tym w Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Udarowym (jako podstawowym miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych),

- 1) min. 1 rok stażu pracy w zawodzie pielęgniarki,
- 2) kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa neurologicznego lub pielęgniarstwa internistycznego lub pielęgniarstwa geriatrycznego lub pielęgniarstwa opieki długoterminowej
- 3) deklaracja wykonywania świadczeń zdrowotnych w wymiarze co najmniej 120 godzin w miesiącu kalendarzowym.

Zadanie 1F- udzielanie świadczeń zdrowotnych pielęgniarских u Udzielającego zamówienia, w tym w Zakładzie Endoskopii (jako podstawowym miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych)

- 1) min. 1 rok stażu pracy w zawodzie pielęgniarki,
- 2) kurs specjalistyczny z endoskopii,
- 3) deklaracja wykonywania świadczeń zdrowotnych w wymiarze co najmniej 120 godzin w miesiącu kalendarzowym.

Zadanie 1G - udzielanie świadczeń zdrowotnych pielęgniarских u Udzielającego zamówienia, w tym w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (jako podstawowym miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych),

- 1) kurs specjalistyczny szczepienia ochronne,
- 2) kurs specjalistyczny wykonywanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego,
- 3) deklaracja wykonywania świadczeń zdrowotnych w wymiarze co najmniej 120 godzin w miesiącu kalendarzowym.

Zadanie 1H – udzielanie świadczeń zdrowotnych pielęgniarских u Udzielającego zamówienia, w tym w Oddziale Kardiologicznym (jako podstawowym miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych),

- 1) min. 1 rok stażu pracy w zawodzie pielęgniarki,
- 2) kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego lub pielęgniarstwa internistycznego lub pielęgniarstwa opieki długoterminowej,
- 3) kurs specjalistyczny wykonywanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego,
- 4) deklaracja wykonywania świadczeń zdrowotnych w wymiarze co najmniej 120 godzin w miesiącu kalendarzowym.

Zadanie 1I - udzielanie świadczeń zdrowotnych pielęgniarских, u Udzielającego zamówienia, w tym w Oddziale Ortopedyczno-Urazowym (jako podstawowym miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych),

- 1) min. 1 rok stażu pracy w zawodzie pielęgniarki,
- 2) kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego,
- 3) deklaracja wykonywania świadczeń zdrowotnych w wymiarze co najmniej 120 godzin w miesiącu kalendarzowym.

Zadanie 1J – udzielanie świadczeń zdrowotnych przez położne w Bloku Operacyjnym (jako podstawowym miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych),

- 1) min. 1 roku stażu w zawodzie pielęgniarki na bloku operacyjnym,
- 2) specjalizacja z pielęgniarstwa operacyjnego lub kurs kwalifikacyjny z pielęgniarstwa operacyjnego,
- 3) zaświadczenie z ukończenia szkolenia/seminarium dla pracowników personelu medycznego z zakresu bhp przy stosowaniu urządzeń medycznych wytwarzających pola elektromagnetyczne w zakresie częstotliwości 0,1 -300 GHz,
- 4) deklaracja wykonywania świadczeń zdrowotnych w wymiarze co najmniej 120 godzin w miesiącu kalendarzowym.

Zadanie 1K - udzielanie świadczeń zdrowotnych pielęgniarstwach u Udzielającego zamówienia, w tym w Oddziale Rehabilitacyjnym (jako podstawowym miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych),

- 1) min. 1 rok stażu pracy w zawodzie pielęgniarki,
- 2) specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego lub geriatrycznego lub neurologicznego lub kardiologicznego lub kurs kwalifikacyjny w w/w dziedzinach,
- 3) deklaracja wykonywania świadczeń zdrowotnych w wymiarze co najmniej 120 godzin w miesiącu kalendarzowym.

Zadanie 1L - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez położną w Przychodni Podstawowej Opieki Zdrowotnej „OMEGA” u Udzielającego zamówienia, (jako podstawowym miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych):

- 1) min. 1 rok stażu w zawodzie położnej,
- 2) posiadanie tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego albo
- 3) ukończenie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, albo
- 4) ukończenie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, albo
- 5) ukończenie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, albo
- 6) posiadanie tytułu zawodowego magistra położnictwa, albo
- 7) posiadanie tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa: środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego oraz promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, albo
- 8) ukończenie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa: środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego oraz promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej i doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej przed dniem 31 grudnia 2024 r.

V. WYMAGANE DOKUMENTY

1. **Dokumenty potwierdzające spełnienie wymagań określonych w pkt III i w pkt IV, które należy złożyć wraz z ofertą:**

- 1) aktualny odpis z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej RP/KRS.
- 2) kserokopia zaświadczenia o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- 3) kserokopia dyplomu ukończenia szkoły,
- 4) kserokopia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej,
- 5) kserokopia innych dokumentów potwierdzających dodatkowe kwalifikacje zawodowe i uprawnienia zawodowe (w tym stopnie i tytuły naukowe lub dokument potwierdzający odbywanie specjalizacji lub innej formy kształcenia podyplomowego),
- 6) kserokopia dokumentów potwierdzających ukończenie odpowiednich kursów kwalifikacyjnych, kursów specjalistycznych, o których mowa w Rozdziale IV- jeżeli dotyczy danego zadania,
- 7) kserokopia certyfikatu zdania egzaminu ochrony radiologicznej - jeżeli dotyczy danego zadania,

- 8) kserokopia zaświadczenia o ukończeniu szkolenia pielęgniarek i położnych dokonujących przetaczania krwi i jej składników, wydane przez Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa (nie dotyczy zadania 1B, 1F, 1J i 1L),
 - 9) kserokopia zaświadczenia o ukończeniu kursu specjalistycznego z resuscytacji-krążeniowo oddechowej,
 - 10) kserokopia polisy OC,
 - 11) kserokopia aktualnego zaświadczenia lekarskiego o zdolności do podjęcia świadczeń na stanowisku objętym postępowaniem konkursowym, wystawionego przez lekarza medycyny pracy,
 - 12) kserokopia aktualnego zaświadczenia o odbytym szkoleniu ogólnym z zakresu BHP i PPOŻ na warunkach zgodnych z Rozporządzeniem Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 27 lipca 2004r w sprawie szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy,
 - 13) kserokopie dokumentów potwierdzających doświadczenie zawodowe, o którym mowa w Rozdziale IV- jeżeli dotyczy danego zadania.
 - 14) zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego, iż nie była prawomocnie skazana za czyny zabronione odpowiadające przestępstwu 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 niej innego orzeczenia, w którym stwierdzono, iż dopuściła się takich czynów zabronionych lub za odpowiadające tym przestępstwu czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.
2. W celu sprawdzenia autentyczności przedłożonych dokumentów Udzielający zamówienia może zażądać od Oferenta przedstawienia oryginału lub notarialnie potwierdzonej kopii dokumentu.

VI. KRYTERIA OCENY OFERT

Udzielający zamówienia dokona oceny ofert oddzielnie dla każdego zadania (1A,1B,1C,1D,1E,1F,1G,1H,1I, 1J,1K, 1L,) według następujących kryteriów.

- 1) A1 – stawka (wyrażona w zł) za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych do 160 godzin w miesiącu – 80%
Oferta z najniższą ceną otrzyma 80 pkt za cenę. Pozostałe oferty Oferentów zostaną przeliczone stosownie do poniższego wzoru:

$$Op = \frac{\text{cena oferty najkorzystniejszej*}}{\text{cena oferty badanej (rozpatrywanej)}} \times 80$$

Op – ocena punktowa

- 2) A2 - stawka (wyrażona w zł) za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych powyżej 160 godzin w miesiącu – 20%
Oferta z najniższą ceną otrzyma 20 pkt za cenę. Pozostałe oferty Oferentów zostaną przeliczone stosownie do poniższego wzoru:

$$Op = \frac{\text{cena oferty najkorzystniejszej*}}{\text{cena oferty badanej (rozpatrywanej)}} \times 20$$

Op – ocena punktowa

Dla powyższych kryteriów oceny ofert Udzielający Zamówienia będzie obliczał wartość punktową w oparciu o następujący wzór: $A1 + A2 =$ wartość punktowa oferty dla danego zadania.

Max wartość punktowa oferty dla danego zadania wynosi 100 pkt.

Umowy zostaną zawarte z oferentami wybranymi w wyniku przeprowadzonego postępowania konkursowego, po:

- 1) ujemnej weryfikacji umieszczenia Oferenta w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym, co następuje na podstawie udostępnionych przez oferenta danych, zgodnych z § 14 Rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z dnia 13 lipca 2017 r. w sprawie trybu, sposobu i zakresu uzyskiwania i udostępniania informacji z Rejestru z dostępem ograniczonym oraz sposobu zakładania konta użytkownika,
- 2) przedłożeniu najpóźniej w dniu zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych informacji i oświadczeń, o których mowa w Załącznikach odpowiednio od Nr 1 do Nr 13 do „Szczegółowych warunków konkursu ofert”.

VII. SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERTY

1. Ofertę należy złożyć na formularzach ofertowych, których wzór określają Załączniki odpowiednio od Nr 1 do Nr 12, zgodnie z wymaganiami określonymi w „Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert”.
2. Oferta powinna zawierać wszystkie dokumenty i załączniki określone w „Szczegółowych warunkach konkursu ofert”.
3. Ofertę podpisuje Oferent lub osoba przez niego upoważniona na podstawie pełnomocnictwa złożonego w oryginale w formie pisemnej, poświadczonego notarialnie.
4. Miejsca w ofercie, w których naniesione zostały poprawki, podpisuje Oferent lub osoba, o której mowa w pkt 3. Poprawki mogą być dokonane jedynie poprzez przekreślenie błędnego zapisu i umieszczenie obok niego czytelnego zapisu poprawnego.
5. Dokumenty składające się na ofertę muszą być złożone w oryginale lub kserokopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez Oferenta.

VIII. MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA I OTWARCIA OFERT

1. Ofertę należy złożyć w siedzibie Udzielającego zamówienia, pokój Nr 136 – Dział Zarządzania Zasobami Ludzkimi, w zamkniętej, nieprzezroczystej kopercie lub innym opakowaniu, uniemożliwiającym zapoznanie się z jej treścią przed otwarciem.
2. Koperta powinna posiadać oznaczenie:

**„ Konkurs ofert – udzielanie świadczeń zdrowotnych - pielęgniarских”- Zadanie 1A
lub**

**„ Konkurs ofert – udzielanie świadczeń zdrowotnych - pielęgniarских”- Zadanie 1B
lub**

**„ Konkurs ofert – udzielanie świadczeń zdrowotnych - pielęgniarских”- Zadanie 1C
lub**

**„ Konkurs ofert – udzielanie świadczeń zdrowotnych - pielęgniarских”- Zadanie 1D
lub**

**„ Konkurs ofert – udzielanie świadczeń zdrowotnych - pielęgniarских”- Zadanie 1E
lub**

„ Konkurs ofert – udzielanie świadczeń zdrowotnych - pielęgniarских”- Zadanie 1F

- lub
„ Konkurs ofert – udzielanie świadczeń zdrowotnych - pielęgniarских”- Zadanie 1G
lub
„ Konkurs ofert – udzielanie świadczeń zdrowotnych - pielęgniarских”- Zadanie 1H
lub
„ Konkurs ofert – udzielanie świadczeń zdrowotnych - pielęgniarских”- Zadanie 1I
lub
„ Konkurs ofert – udzielanie świadczeń zdrowotnych - pielęgniarских”- Zadanie 1J
lub
„ Konkurs ofert – udzielanie świadczeń zdrowotnych - pielęgniarских”- Zadanie 1K
lub
„ Konkurs ofert – udzielanie świadczeń zdrowotnych - pielęgniarских”- Zadanie 1L

oraz nazwę, numer zadania i adres Oferenta, aby Ofertę można było odesłać nie otwartą w przypadku złożenia Oferty po terminie.

3. **Termin składania ofert** upływa w dniu **7 lipca 2025 roku, o godz. 13.00.**
4. **Otwarcie ofert** nastąpi w dniu **7 lipca 2025 roku, o godz. 13.30 w pokoju nr 136** w siedzibie Udzielającego zamówienia.
5. Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona Oferentowi bez otwierania.

IX. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Udzielającemu zamówienia przysługuje prawo do przesunięcia terminu składania ofert, odwołania lub unieważnienia konkursu na podstawie art. 150 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 304 z późn. zm.), a także do negocjacji cen i wyboru większej liczby ofert celem realizacji całości zamówienia oraz dla zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.
2. Udzielający zamówienia zastrzega sobie możliwość wyboru takiej ilości ofert, aby móc zrealizować wszystkie wymogi ilościowe i jakościowe wykonywania świadczeń zdrowotnych określone przez NFZ.
3. Oferentowi przysługuje prawo składania protestów i odwołań dotyczących konkursu zgodnie z zasadami określonymi w art. 152, 153 oraz 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 304 z późn. zm.) w związku z art. 26 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2025 r. poz. 450 z późn. zm.).
4. Z wybranymi Oferentami Udzielający zamówienia, po upływie terminu przewidzianego na środki ochrony prawnej, podpisze umowę na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodną ze wzorem stanowiącym odpowiedni załącznik.
5. Termin związania ofertą wynosi 30 dni od daty wskazanej jako termin składania ofert.
6. W związku z wymogami art. 24 oraz art. 25 ustawy z dnia 14 czerwca 2024 r. o ochronie sygnalistów Mazowiecki Szpital Wojewódzki im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o. o. z siedzibą w Siedlcach wdrożył procedurę dokonywania zgłoszeń naruszeń prawa i podejmowania działań następnych, zawierającą: rodzaje naruszeń prawa podlegające zgłoszeniom, osoby odpowiedzialne za przyjmowanie zgłoszeń wewnętrznych; zasady zgłaszania informacji o naruszeniach prawa i podejmowania działań następnych; warunki objęcia ochroną sygnalistów zgłaszających informacje o naruszeniach prawa; środki ochrony sygnalistów; tryb dokonywania zgłoszeń zewnętrznych. Pełna treść wyżej wymienionego dokumentu dostępna na stronie internetowej Mazowieckiego Szpitala Wojewódzkiego im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o. o. z siedzibą w Siedlcach.

**OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH- PIELĘGNIARSKICH
W ZAKŁADZIE DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ-PRACOWNI RADIOLOGII ZABIEGOWEJ**

ZADANIE 1A

Oznaczenie Oferenta

Imię:
 Nazwisko:
 PESEL:
 Adres zamieszkania:
 Nr telefonu: e-mail :
 Nazwa firmy i siedziba:.....
 NIP:REGON:.....
 Nr prawa wykonywania zawodu:
 Specjalizacja w dziedzinie:
 Nr dokumentu specjalizacji:.....
 Nr z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:.....
 Staż pracy w zawodzie (liczba lat):
 Adres praktyki / działalności gospodarczej :
 Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem praktyki / działalności gospodarczej):

Udzielający zamówienia

**Mazowiecki Szpital Wojewódzki
im. św. Jana Pawła II w Siedlcach
Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
ul. Poniatowskiego 26
08-110 Siedlce**

Oferuję wykonywanie świadczeń zdrowotnych, w zakresie opieki pielęgniarskiej w wymiarze.....godzin miesięcznie, na warunkach określonych w Szczegółowych warunkach konkursu ofert opracowanych dla potrzeb niniejszego konkursu i proponuję stawkę za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w wysokości:

- 1)zł brutto (słownie złotych.....) za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych do 160 godzin w miesiącu,
- 2)zł brutto (słownie złotych.....) za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych za każdą kolejną godzinę przekraczającą 160 godzin w ciągu miesiąca.

Oświadczam, że:

- 1) zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia o konkursie, Regulaminem Konkursu Ofert, akceptuję je w pełnym zakresie i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń,
- 2) spełniam określone w nich wymagania oraz posiadam doświadczenie zawodowe, wymagane do realizacji zamówienia,
- 3) wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym,
- 4) nie jestem zawieszony/na w prawie wykonywana zawodu ani ograniczony/na w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie odrębnych przepisów,

- 5) nie jestem pozbawiony/na możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem środka karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony/a w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym,
- 6) nie byłem/am ukarany/a karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu,
- 7) posiadam kwalifikacje zawodowe i uprawnienia odpowiadające rodzajowi i zakresowi wykonywanych świadczeń zdrowotnych zgodnie z przedmiotem zamówienia,
- 8) w całym okresie obowiązywania umowy utrzymam polisę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
- 9) nie będę prowadził działalności konkurencyjnej wobec Udzielającego zamówienia w czasie wyznaczonym na realizację zadań objętych przedmiotem umowy.
- 10) nie jestem zamieszczony/a w Rejestrze z dostępem ograniczonym lub w Rejestrze osób, w stosunku do których Państwowa Komisja do spraw przeciwdziałania wykorzystaniu seksualnemu małoletnich poniżej lat 15 wydała postanowienie o wpisie w Rejestrze.
- 11) nie byłem/am karany w zakresie przestępstw określonych 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 (Dz. U. z 2023 r. poz. 172 oraz z 2022 r. poz. 2600), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.

Zobowiązuję się do dostarczenia najpóźniej w dniu zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych:

- 1) informacji z rejestru karnego państwa obywatelstwa uzyskiwanej do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi albo przedłożenia informacji z rejestru karnego tego państwa, jeżeli prawo państwa obywatelstwa nie przewiduje wydawania informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi – dotyczy osób posiadających obywatelstwo innego państwa niż Rzeczpospolita Polska,
- 2) oświadczenia o państwie lub państwach, w których zamieszkiwałam/zamieszkiwałem w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa, oraz przedłożenia informacji z rejestrów karnych tych państw uzyskiwanej do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi albo przedłożenia informacji z rejestru karnego tego państwa, jeżeli prawo państwa obywatelstwa/ państwa lub państw, w których zamieszkiwałam/zamieszkiwałem w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa, nie przewiduje wydawania informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi,
- 3) oświadczenia, iż prawo w państwie obywatelstwa lub prawo w państwie lub w państwach, w których zamieszkiwałam/zamieszkiwałem w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa nie przewiduje sporządzania informacji z rejestrów karnych lub w danym państwie nie prowadzi się rejestru karnego – jeżeli dotyczy
- 4) oświadczenia, iż nie byłam/ nie byłem prawomocnie skazany w państwie obywatelstwa/ w państwie lub w państwach, w których zamieszkiwałam/zamieszkiwałem w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa 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/dopuściłem 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 – jeżeli dotyczy.

W przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy zgodnej z projektem umowy przedstawionym w „Szczegółowych. Warunkach konkursu ofert”.

Do oferty dołączam następujące dokumenty:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis Oferenta)

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis i pieczęć Oferenta)

**OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH- PIELĘGNIARSKICH
W ZAKŁADZIE DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ
ZADANIE 1B**

Oznaczenie Oferenta

Imię:
 Nazwisko:
 PESEL:
 Adres zamieszkania:
 Nr telefonu: e-mail :
 Nazwa firmy i siedziba:
 NIP: REGON:
 Nr prawa wykonywania zawodu:
 Specjalizacja w dziedzinie:
 Nr dokumentu specjalizacji:
 Nr z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:
 Staż pracy w zawodzie (liczba lat):
 Adres praktyki / działalności gospodarczej :
 Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem praktyki / działalności gospodarczej):

Udzielający zamówienia

**Mazowiecki Szpital Wojewódzki
 im. św. Jana Pawła II w Siedlcach
 Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
 ul. Poniatowskiego 26
 08-110 Siedlce**

Oferuję wykonywanie świadczeń zdrowotnych, w zakresie opieki pielęgniarskiej w wymiarze.....godzin miesięcznie, na warunkach określonych w Szczegółowych warunkach konkursu ofert opracowanych dla potrzeb niniejszego konkursu i proponuję stawkę za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w wysokości:

- 1)zł brutto (słownie złotych.....) za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych do 160 godzin w miesiącu,
- 2)zł brutto (słownie złotych.....) za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych za każdą kolejną godzinę przekraczającą 160 godzin w ciągu miesiąca.

Oświadczam, że:

- 1) zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia o konkursie, Regulaminem Konkursu Ofert, akceptuję je w pełnym zakresie i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń,
- 2) spełniam określone w nich wymagania oraz posiadam doświadczenie zawodowe, wymagane do realizacji zamówienia,
- 3) wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym,
- 4) nie jestem zawieszony/na w prawie wykonywana zawodu ani ograniczony/na w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie odrębnych przepisów,

- 5) nie jestem pozbawiony/na możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem środka karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony/a w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym,
- 6) nie byłem/am ukarany/a karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu,
- 7) posiadam kwalifikacje zawodowe i uprawnienia odpowiadające rodzajowi i zakresowi wykonywanych świadczeń zdrowotnych zgodnie z przedmiotem zamówienia,
- 8) w całym okresie obowiązywania umowy utrzymam polisę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
- 9) nie będę prowadził działalności konkurencyjnej wobec Udzielającego zamówienia w czasie wyznaczonym na realizację zadań objętych przedmiotem umowy.
- 10) nie jestem zamieszczony/a w Rejestrze z dostępem ograniczonym lub w Rejestrze osób, w stosunku do których Państwowa Komisja do spraw przeciwdziałania wykorzystaniu seksualnemu małoletnich poniżej lat 15 wydała postanowienie o wpisie w Rejestrze.
- 11) nie byłem/am karany w zakresie przestępstw określonych 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 (Dz. U. z 2023 r. poz. 172 oraz z 2022 r. poz. 2600), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.

Zobowiązuję się do dostarczenia najpóźniej w dniu zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych:

- 1) informacji z rejestru karnego państwa obywatelstwa uzyskiwanej do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi albo przedłożenia informacji z rejestru karnego tego państwa, jeżeli prawo państwa obywatelstwa nie przewiduje wydawania informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi – dotyczy osób posiadających obywatelstwo innego państwa niż Rzeczpospolita Polska,
- 2) oświadczenia o państwie lub państwach, w których zamieszkiwałam/zamieszkiwałem w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa, oraz przedłożenia informacji z rejestrów karnych tych państw uzyskiwanej do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi albo przedłożenia informacji z rejestru karnego tego państwa, jeżeli prawo państwa obywatelstwa/ państwa lub państw, w których zamieszkiwałam/zamieszkiwałem w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa, nie przewiduje wydawania informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi,
- 3) oświadczenia, iż prawo w państwie obywatelstwa lub prawo w państwie lub w państwach, w których zamieszkiwałam/zamieszkiwałem w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa nie przewiduje sporządzania informacji z rejestrów karnych lub w danym państwie nie prowadzi się rejestru karnego – jeżeli dotyczy
- 4) oświadczenia, iż nie byłam/ nie byłem prawomocnie skazany w państwie obywatelstwa/ w państwie lub w państwach, w których zamieszkiwałam/zamieszkiwałem w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa 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/dopuściłem 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 – jeżeli dotyczy.

W przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy zgodnej z projektem umowy przedstawionym w „Szczegółowych. Warunkach konkursu ofert”.

Do oferty dołączam następujące dokumenty:

- 5)
- 6)
- 7)
- 8)

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis Oferenta)

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)

**OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH- PIELĘGNIARSKICH
W ODDZIALE ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII**

ZADANIE 1C

Oznaczenie Oferenta

Imię:
 Nazwisko:
 PESEL:
 Adres zamieszkania:
 Nr telefonu:e-mail :
 Nazwa firmy i siedziba:.....
 NIP:REGON:.....
 Nr prawa wykonywania zawodu:
 Specjalizacja w dziedzinie:
 Nr dokumentu specjalizacji:.....
 Nr z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:.....
 Staż pracy w zawodzie (liczba lat):
 Adres praktyki / działalności gospodarczej :
 Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem praktyki / działalności gospodarczej):

Udzielający zamówienia

**Mazowiecki Szpital Wojewódzki
im. św. Jana Pawła II w Siedlcach
Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
ul. Poniatowskiego 26
08-110 Siedlce**

Oferuję wykonywanie świadczeń zdrowotnych, w zakresie opieki pielęgniarstwa w wymiarze.....godzin miesięcznie, na warunkach określonych w Szczegółowych warunkach konkursu ofert opracowanych dla potrzeb niniejszego konkursu i proponuję stawkę za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w wysokości:

- 1)zł brutto (słownie złotych.....) za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych do 160 godzin w miesiącu,
- 2)zł brutto (słownie złotych.....) za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych za każdą kolejną godzinę przekraczającą 160 godzin w ciągu miesiąca.

Oświadczam, że:

- 1) zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia o konkursie, Regulaminem Konkursu Ofert, akceptuję je w pełnym zakresie i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń,
- 2) spełniam określone w nich wymagania oraz posiadam doświadczenie zawodowe, wymagane do realizacji zamówienia,
- 3) wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym,
- 4) nie jestem zawieszony/na w prawie wykonywania zawodu ani ograniczony/na w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie odrębnych przepisów,

- 5) nie jestem pozbawiony/na możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem środka karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony/a w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym,
- 6) nie byłem/am ukarany/a karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu,
- 7) posiadam kwalifikacje zawodowe i uprawnienia odpowiadające rodzajowi i zakresowi wykonywanych świadczeń zdrowotnych zgodnie z przedmiotem zamówienia,
- 8) w całym okresie obowiązywania umowy utrzymam polisę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
- 9) nie będę prowadził działalności konkurencyjnej wobec Udzielającego zamówienia w czasie wyznaczonym na realizację zadań objętych przedmiotem umowy.
- 10) nie jestem zamieszczony/a w Rejestrze z dostępem ograniczonym lub w Rejestrze osób, w stosunku do których Państwowa Komisja do spraw przeciwdziałania wykorzystaniu seksualnemu małoletnich poniżej lat 15 wydała postanowienie o wpisie w Rejestrze
- 11) nie byłem/am karany w zakresie przestępstw określonych 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 (Dz. U. z 2023 r. poz. 172 oraz z 2022 r. poz. 2600), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.

Zobowiązuję się do dostarczenia najpóźniej w dniu zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych:

- 1) informacji z rejestru karnego państwa obywatelstwa uzyskiwanej do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi albo przedłożenia informacji z rejestru karnego tego państwa, jeżeli prawo państwa obywatelstwa nie przewiduje wydawania informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi – dotyczy osób posiadających obywatelstwo innego państwa niż Rzeczpospolita Polska,
- 2) oświadczenia o państwie lub państwach, w których zamieszkiwałam/zamieszkiwałem w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa, oraz przedłożenia informacji z rejestrów karnych tych państw uzyskiwanej do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi albo przedłożenia informacji z rejestru karnego tego państwa, jeżeli prawo państwa obywatelstwa/ państwa lub państw, w których zamieszkiwałam/zamieszkiwałem w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa, nie przewiduje wydawania informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi,
- 3) oświadczenia, iż prawo w państwie obywatelstwa lub prawo w państwie lub w państwach, w których zamieszkiwałam/zamieszkiwałem w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa nie przewiduje sporządzania informacji z rejestrów karnych lub w danym państwie nie prowadzi się rejestru karnego – jeżeli dotyczy
- 4) oświadczenia, iż nie byłam/ nie byłem prawomocnie skazany w państwie obywatelstwa/ w państwie lub w państwach, w których zamieszkiwałam/zamieszkiwałem w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa 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/dopuściłem 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 – jeżeli dotyczy.

W przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy zgodnej z projektem umowy przedstawionym w „Szczegółowych. Warunkach konkursu ofert”.

Do oferty dołączam następujące dokumenty:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis Oferenta)

**OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH- PIELĘGNIARSKICH
W ODDZIALE ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII-BLOKU ANESTEZJOLOGICZNYM
ZADANIE 1D**

Oznaczenie Oferenta

Imię:
 Nazwisko:
 PESEL:
 Adres zamieszkania:
 Nr telefonu:e-mail :
 Nazwa firmy i siedziba :
 NIP:REGON:.....
 Nr prawa wykonywania zawodu:
 Specjalizacja w dziedzinie:
 Nr dokumentu specjalizacji:.....
 Nr z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:.....
 Staż pracy w zawodzie (liczba lat):
 Adres praktyki / działalności gospodarczej :
 Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem praktyki / działalności gospodarczej):

Udzielający zamówienia

**Mazowiecki Szpital Wojewódzki
 im. św. Jana Pawła II w Siedlcach
 Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
 ul. Poniatowskiego 26
 08-110 Siedlce**

Oferuję wykonywanie świadczeń zdrowotnych, w zakresie opieki pielęgniarskiej w wymiarze.....godzin miesięcznie, na warunkach określonych w Szczegółowych warunkach konkursu ofert opracowanych dla potrzeb niniejszego konkursu i proponuję stawkę za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w wysokości:

- 1)zł brutto (słownie złotych.....) za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych do 160 godzin w miesiącu,
- 2)zł brutto (słownie złotych.....) za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych za każdą kolejną godzinę przekraczającą 160 godzin w ciągu miesiąca.

Oświadczam, że:

- 1) zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia o konkursie, Regulaminem Konkursu Ofert, akceptuję je w pełnym zakresie i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń,
- 2) spełniam określone w nich wymagania oraz posiadam doświadczenie zawodowe, wymagane do realizacji zamówienia,
- 3) wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym,
- 4) nie jestem zawieszony/na w prawie wykonywania zawodu ani ograniczony/na w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie odrębnych przepisów,

- 5) nie jestem pozbawiony/na możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem środka karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony/a w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym,
- 6) nie byłem/am ukarany/a karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu,
- 7) posiadam kwalifikacje zawodowe i uprawnienia odpowiadające rodzajowi i zakresowi wykonywanych świadczeń zdrowotnych zgodnie z przedmiotem zamówienia,
- 8) w całym okresie obowiązywania umowy utrzymam polisę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
- 9) nie będę prowadził działalności konkurencyjnej wobec Udzielającego zamówienia w czasie wyznaczonym na realizację zadań objętych przedmiotem umowy.
- 10) nie jestem zamieszczony/a w Rejestrze z dostępem ograniczonym lub w Rejestrze osób, w stosunku do których Państwowa Komisja do spraw przeciwdziałania wykorzystaniu seksualnemu małoletnich poniżej lat 15 wydała postanowienie o wpisie w Rejestrze
- 11) nie byłem/am karany w zakresie przestępstw określonych 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 (Dz. U. z 2023 r. poz. 172 oraz z 2022 r. poz. 2600), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.

Zobowiązuję się do dostarczenia najpóźniej w dniu zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych:

- 1) informacji z rejestru karnego państwa obywatelstwa uzyskiwanej do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi albo przedłożenia informacji z rejestru karnego tego państwa, jeżeli prawo państwa obywatelstwa nie przewiduje wydawania informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi – dotyczy osób posiadających obywatelstwo innego państwa niż Rzeczpospolita Polska,
- 2) oświadczenia o państwie lub państwach, w których zamieszkiwałam/zamieszkiwałem w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa, oraz przedłożenia informacji z rejestrów karnych tych państw uzyskiwanej do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi albo przedłożenia informacji z rejestru karnego tego państwa, jeżeli prawo państwa obywatelstwa/ państwa lub państw, w których zamieszkiwałam/zamieszkiwałem w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa, nie przewiduje wydawania informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi,
- 3) oświadczenia, iż prawo w państwie obywatelstwa lub prawo w państwie lub w państwach, w których zamieszkiwałam/zamieszkiwałem w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa nie przewiduje sporządzania informacji z rejestrów karnych lub w danym państwie nie prowadzi się rejestru karnego – jeżeli dotyczy
- 4) oświadczenia, iż nie byłam/ nie byłem prawomocnie skazany w państwie obywatelstwa/ w państwie lub w państwach, w których zamieszkiwałam/zamieszkiwałem w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa 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/dopuściłem 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 – jeżeli dotyczy.

W przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy zgodnej z projektem umowy przedstawionym w „Szczegółowych. Warunkach konkursu ofert”.

Do oferty dołączam następujące dokumenty:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis Oferenta)

**OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH- PIELĘGNIARSKICH
W ODDZIALE NEUROLOGICZNYM Z PODODDZIAŁEM UDAROWYM**

ZADANIE 1E

Oznaczenie Oferenta

Imię:
 Nazwisko:
 PESEL:
 Adres zamieszkania:
 Nr telefonu: e-mail :
 Nazwa i siedziba firmy:
 NIP: REGON:
 Nr prawa wykonywania zawodu:
 Specjalizacja w dziedzinie:
 Nr dokumentu specjalizacji:
 Nr z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:
 Staż pracy w zawodzie (liczba lat):
 Adres praktyki / działalności gospodarczej :
 Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem praktyki / działalności gospodarczej):

Udzielający zamówienia

**Mazowiecki Szpital Wojewódzki
im. św. Jana Pawła II w Siedlcach
Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
ul. Poniatowskiego 26
08-110 Siedlce**

Oferuję wykonywanie świadczeń zdrowotnych, w zakresie opieki pielęgniarstwa w wymiarze.....godzin miesięcznie, na warunkach określonych w Szczegółowych warunkach konkursu ofert opracowanych dla potrzeb niniejszego konkursu i proponuję:

- 1)zł brutto (słownie złotych.....) za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych do 160 godzin w miesiącu,
- 2)zł brutto (słownie złotych.....) za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych za każdą kolejną godzinę przekraczającą 160 godzin w ciągu miesiąca,

Oświadczam, że:

- 1) zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia o konkursie, Regulaminem Konkursu Ofert, akceptuję je w pełnym zakresie i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń,
- 2) spełniam określone w nich wymagania oraz posiadam doświadczenie zawodowe, wymagane do realizacji zamówienia,
- 3) wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym,
- 4) nie jestem zawieszony/na w prawie wykonywania zawodu ani ograniczony/na w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie odrębnych przepisów,
- 5) nie jestem pozbawiony/na możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony/a w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym,

- 6) nie byłem/am ukarany/a karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu,
- 7) posiadam kwalifikacje zawodowe i uprawnienia odpowiadające rodzajowi i zakresowi wykonywanych świadczeń zdrowotnych zgodnie z przedmiotem zamówienia,
- 8) w całym okresie obowiązywania umowy utrzymam polisę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
- 9) nie będę prowadził działalności konkurencyjnej wobec Udzielającego zamówienia w czasie wyznaczonym na realizację zadań objętych przedmiotem umowy.
- 10) nie jestem zamieszczony/a w Rejestrze z dostępem ograniczonym lub w Rejestrze osób, w stosunku do których Państwowa Komisja do spraw przeciwdziałania wykorzystaniu seksualnemu małoletnich poniżej lat 15 wydała postanowienie o wpisie w Rejestrze,
- 11) nie byłem/am karany w zakresie przestępstw określonych 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 (Dz. U. z 2023 r. poz. 172 oraz z 2022 r. poz. 2600), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.

Zobowiązuję się do dostarczenia najpóźniej w dniu zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych:

- 1) informacji z rejestru karnego państwa obywatelstwa uzyskiwanej do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi albo przedłożenia informacji z rejestru karnego tego państwa, jeżeli prawo państwa obywatelstwa nie przewiduje wydawania informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi – dotyczy osób posiadających obywatelstwo innego państwa niż Rzeczpospolita Polska,
- 2) oświadczenia o państwie lub państwach, w których zamieszkiwałam/zamieszkiwałem w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa, oraz przedłożenia informacji z rejestrów karnych tych państw uzyskiwanej do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi albo przedłożenia informacji z rejestru karnego tego państwa, jeżeli prawo państwa obywatelstwa/ państwa lub państw, w których zamieszkiwałam/zamieszkiwałem w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa, nie przewiduje wydawania informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi,
- 3) oświadczenia, iż prawo w państwie obywatelstwa lub prawo w państwie lub w państwach, w których zamieszkiwałam/zamieszkiwałem w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa nie przewiduje sporządzania informacji z rejestrów karnych lub w danym państwie nie prowadzi się rejestru karnego – jeżeli dotyczy
- 4) oświadczenia, iż nie byłam/ nie byłem prawomocnie skazany w państwie obywatelstwa/ w państwie lub w państwach, w których zamieszkiwałam/zamieszkiwałem w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa 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/dopuściłem 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 – jeżeli dotyczy.

W przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy zgodnej z projektem umowy przedstawionym w „Szczegółowych. Warunkach konkursu ofert”.

Do oferty dołączam następujące dokumenty:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis Oferenta)

**OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH- PIELĘGNIARSKICH
W ZAKŁADZIE ENDOSKOPII
ZADANIE 1F**

Oznaczenie Oferenta

Imię:
 Nazwisko:
 PESEL:
 Adres zamieszkania:
 Nr telefonu:e-mail :
 Nazwa firmy:.....
 NIP:REGON:.....
 Nr prawa wykonywania zawodu:
 Specjalizacja w dziedzinie:
 Nr dokumentu specjalizacji:.....
 Nr z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:.....
 Staż pracy w zawodzie (liczba lat):
 Adres praktyki / działalności gospodarczej :
 Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem praktyki / działalności gospodarczej):

Udzielający zamówienia

**Mazowiecki Szpital Wojewódzki
 im. św. Jana Pawła II w Siedlcach
 Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
 ul. Poniatowskiego 26
08-110 Siedlce**

Oferuję wykonywanie świadczeń zdrowotnych, w zakresie opieki pielęgniarskiej w wymiarze.....godzin miesięcznie, na warunkach określonych w Szczegółowych warunkach konkursu ofert opracowanych dla potrzeb niniejszego konkursu i proponuję stawkę za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w wysokości:

- 1)zł brutto (słownie złotych.....) za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych do 160 godzin w miesiącu,
- 2)zł brutto (słownie złotych.....) za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych za każdą kolejną godzinę przekraczającą 160 godzin w ciągu miesiąca.

Oświadczam, że:

- 1) zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia o konkursie, Regulaminem Konkursu Ofert, akceptuję je w pełnym zakresie i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń,
- 2) spełniam określone w nich wymagania oraz posiadam doświadczenie zawodowe, wymagane do realizacji zamówienia,
- 3) wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym,
- 4) nie jestem zawieszony/na w prawie wykonywania zawodu ani ograniczony/na w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie odrębnych przepisów,

- 5) nie jestem pozbawiony/na możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem środka karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony/a w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym,
- 6) nie byłem/am ukarany/a karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu,
- 7) posiadam kwalifikacje zawodowe i uprawnienia odpowiadające rodzajowi i zakresowi wykonywanych świadczeń zdrowotnych zgodnie z przedmiotem zamówienia,
- 8) w całym okresie obowiązywania umowy utrzymam polisę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
- 9) nie będę prowadził działalności konkurencyjnej wobec Udzielającego zamówienia w czasie wyznaczonym na realizację zadań objętych przedmiotem umowy.
- 10) nie jestem zamieszczony/a w Rejestrze z dostępem ograniczonym lub w Rejestrze osób, w stosunku do których Państwowa Komisja do spraw przeciwdziałania wykorzystaniu seksualnemu małoletnich poniżej lat 15 wydała postanowienie o wpisie w Rejestrze,
- 11) nie byłem/am karany w zakresie przestępstw określonych 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 (Dz. U. z 2023 r. poz. 172 oraz z 2022 r. poz. 2600), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.

Zobowiązuję się do dostarczenia najpóźniej w dniu zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych:

- 1) informacji z rejestru karnego państwa obywatelstwa uzyskiwanej do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi albo przedłożenia informacji z rejestru karnego tego państwa, jeżeli prawo państwa obywatelstwa nie przewiduje wydawania informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi – dotyczy osób posiadających obywatelstwo innego państwa niż Rzeczpospolita Polska,
- 2) oświadczenia o państwie lub państwach, w których zamieszkiwałam/zamieszkiwałem w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa, oraz przedłożenia informacji z rejestrów karnych tych państw uzyskiwanej do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi albo przedłożenia informacji z rejestru karnego tego państwa, jeżeli prawo państwa obywatelstwa/ państwa lub państw, w których zamieszkiwałam/zamieszkiwałem w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa, nie przewiduje wydawania informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi,
- 3) oświadczenia, iż prawo w państwie obywatelstwa lub prawo w państwie lub w państwach, w których zamieszkiwałam/zamieszkiwałem w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa nie przewiduje sporządzania informacji z rejestrów karnych lub w danym państwie nie prowadzi się rejestru karnego – jeżeli dotyczy
- 4) oświadczenia, iż nie byłam/ nie byłem prawomocnie skazany w państwie obywatelstwa/ w państwie lub w państwach, w których zamieszkiwałam/zamieszkiwałem w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa 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/dopuściłem 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 – jeżeli dotyczy.

W przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy zgodnej z projektem umowy przedstawionym w „Szczegółowych. Warunkach konkursu ofert”.

Do oferty dołączam następujące dokumenty:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis Oferenta)

**OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH-PIELĘGNIARSKICH
W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM
ZADANIE 1G**

Oznaczenie Oferenta

Imię:
 Nazwisko:
 PESEL:
 Adres zamieszkania:
 Nr telefonu:e-mail :
 Nazwa firmy i siedziba:.....
 NIP:REGON:.....
 Nr prawa wykonywania zawodu:
 Specjalizacja w dziedzinie:
 Nr dokumentu specjalizacji:.....
 Nr z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:.....
 Staż pracy w zawodzie (liczba lat):
 Adres praktyki / działalności gospodarczej :
 Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem praktyki / działalności gospodarczej):

Udzielający zamówienia

**Mazowiecki Szpital Wojewódzki
 im. św. Jana Pawła II w Siedlcach
 Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
 ul. Poniatowskiego 26
08-110 Siedlce**

Oferuję wykonywanie świadczeń zdrowotnych, w zakresie opieki pielęgniarskiej w wymiarze.....godzin miesięcznie, na warunkach określonych w Szczegółowych warunkach konkursu ofert opracowanych dla potrzeb niniejszego konkursu i proponuję stawkę za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w wysokości:

- 1)zł brutto (słownie złotych.....) za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych do 160 godzin w miesiącu,
- 2)zł brutto (słownie złotych.....) za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych za każdą kolejną godzinę przekraczającą 160 godzin w ciągu miesiąca.

Oświadczam, że:

- 1) zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia o konkursie, Regulaminem Konkursu Ofert, akceptuję je w pełnym zakresie i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń,
- 2) spełniam określone w nich wymagania oraz posiadam doświadczenie zawodowe, wymagane do realizacji zamówienia,
- 3) wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym,
- 4) nie jestem zawieszony/na w prawie wykonywaną zawodu ani ograniczony/na w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie odrębnych przepisów,

- 5) nie jestem pozbawiony/na możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem środka karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony/a w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym,
- 6) nie byłem/am ukarany/a karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu,
- 7) posiadam kwalifikacje zawodowe i uprawnienia odpowiadające rodzajowi i zakresowi wykonywanych świadczeń zdrowotnych zgodnie z przedmiotem zamówienia,
- 8) w całym okresie obowiązywania umowy utrzymam polisę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
- 9) nie będę prowadził działalności konkurencyjnej wobec Udzielającego zamówienia w czasie wyznaczonym na realizację zadań objętych przedmiotem umowy.
- 10) nie jestem zamieszczony/a w Rejestrze z dostępem ograniczonym lub w Rejestrze osób, w stosunku do których Państwowa Komisja do spraw przeciwdziałania wykorzystaniu seksualnemu małoletnich poniżej lat 15 wydała postanowienie o wpisie w Rejestrze,
- 11) nie byłem/am karany w zakresie przestępstw określonych 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 (Dz. U. z 2023 r. poz. 172 oraz z 2022 r. poz. 2600), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.

Zobowiązuję się do dostarczenia najpóźniej w dniu zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych:

- 1) informacji z rejestru karnego państwa obywatelstwa uzyskiwanej do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi albo przedłożenia informacji z rejestru karnego tego państwa, jeżeli prawo państwa obywatelstwa nie przewiduje wydawania informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi – dotyczy osób posiadających obywatelstwo innego państwa niż Rzeczpospolita Polska,
- 2) oświadczenia o państwie lub państwach, w których zamieszkiwałam/zamieszkiwałem w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa, oraz przedłożenia informacji z rejestrów karnych tych państw uzyskiwanej do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi albo przedłożenia informacji z rejestru karnego tego państwa, jeżeli prawo państwa obywatelstwa/ państwa lub państw, w których zamieszkiwałam/zamieszkiwałem w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa, nie przewiduje wydawania informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi,
- 3) oświadczenia, iż prawo w państwie obywatelstwa lub prawo w państwie lub w państwach, w których zamieszkiwałam/zamieszkiwałem w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa nie przewiduje sporządzania informacji z rejestrów karnych lub w danym państwie nie prowadzi się rejestru karnego – jeżeli dotyczy
- 4) oświadczenia, iż nie byłam/ nie byłem prawomocnie skazany w państwie obywatelstwa/ w państwie lub w państwach, w których zamieszkiwałam/zamieszkiwałem w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa 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/dopuściłem 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 – jeżeli dotyczy.

W przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy zgodnej z projektem umowy przedstawionym w „Szczegółowych. Warunkach konkursu ofert”.

Do oferty dołączam następujące dokumenty:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis Oferenta)

**OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH-PIELĘGNIARSKICH
W ODDZIALE KARDIOLOGICZNYM
ZADANIE 1H**

Oznaczenie Oferenta

Imię:
 Nazwisko:
 PESEL:
 Adres zamieszkania:
 Nr telefonu:e-mail :
 Nazwa firmy i siedziba:
 NIP:REGON:.....
 Nr prawa wykonywania zawodu:
 Specjalizacja w dziedzinie:
 Nr dokumentu specjalizacji:.....
 Nr z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:.....
 Staż pracy w zawodzie (liczba lat):
 Adres praktyki / działalności gospodarczej :
 Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem praktyki / działalności gospodarczej):

Udzielający zamówienia

**Mazowiecki Szpital Wojewódzki
im. św. Jana Pawła II w Siedlcach
Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
ul. Poniatowskiego 26
08-110 Siedlce**

Oferuję wykonywanie świadczeń zdrowotnych, w zakresie opieki pielęgniarskiej w wymiarze.....godzin miesięcznie, na warunkach określonych w Szczegółowych warunkach konkursu ofert opracowanych dla potrzeb niniejszego konkursu i proponuję stawkę za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w wysokości:

- 1)zł brutto (słownie złotych.....) za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych do 160 godzin w miesiącu,
- 2)zł brutto (słownie złotych.....) za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych za każdą kolejną godzinę przekraczającą 160 godzin w ciągu miesiąca.

Oświadczam, że:

- 1) zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia o konkursie, Regulaminem Konkursu Ofert, akceptuję je w pełnym zakresie i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń,
- 2) spełniam określone w nich wymagania oraz posiadam doświadczenie zawodowe, wymagane do realizacji zamówienia,
- 3) wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym,
- 4) nie jestem zawieszony/na w prawie wykonywania zawodu ani ograniczony/na w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie odrębnych przepisów,

- 5) nie jestem pozbawiony/na możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem środka karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony/a w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym,
- 6) nie byłem/am ukarany/a karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu,
- 7) posiadam kwalifikacje zawodowe i uprawnienia odpowiadające rodzajowi i zakresowi wykonywanych świadczeń zdrowotnych zgodnie z przedmiotem zamówienia,
- 8) w całym okresie obowiązywania umowy utrzymam polisę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
- 9) nie będę prowadził działalności konkurencyjnej wobec Udzielającego zamówienia w czasie wyznaczonym na realizację zadań objętych przedmiotem umowy.
- 10) nie jestem zamieszczony/a w Rejestrze z dostępem ograniczonym lub w Rejestrze osób, w stosunku do których Państwowa Komisja do spraw przeciwdziałania wykorzystaniu seksualnemu małoletnich poniżej lat 15 wydała postanowienie o wpisie w Rejestrze,
- 11) nie byłem/am karany w zakresie przestępstw określonych 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 (Dz. U. z 2023 r. poz. 172 oraz z 2022 r. poz. 2600), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.

Zobowiązuję się do dostarczenia najpóźniej w dniu zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych:

- 1) informacji z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych 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 (Dz. U. z 2023 r. poz. 172 oraz z 2022 r. poz. 2600), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego,
- 2) informacji z rejestru karnego państwa obywatelstwa uzyskiwanej do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi albo przedłożenia informacji z rejestru karnego tego państwa, jeżeli prawo państwa obywatelstwa nie przewiduje wydawania informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi – dotyczy osób posiadających obywatelstwo innego państwa niż Rzeczpospolita Polska,
- 3) oświadczenia o państwie lub państwach, w których zamieszkiwałam/zamieszkiwałem w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa, oraz przedłożenia informacji z rejestrów karnych tych państw uzyskiwanej do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi albo przedłożenia informacji z rejestru karnego tego państwa, jeżeli prawo państwa obywatelstwa/ państwa lub państw, w których zamieszkiwałam/zamieszkiwałem w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa, nie przewiduje wydawania informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi,
- 4) oświadczenia, iż prawo w państwie obywatelstwa lub prawo w państwie lub w państwach, w których zamieszkiwałam/zamieszkiwałem w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa nie przewiduje sporządzania informacji z rejestrów karnych lub w danym państwie nie prowadzi się rejestru karnego – jeżeli dotyczy
- 5) oświadczenia, iż nie byłam/ nie byłem prawomocnie skazany w państwie obywatelstwa/ w państwie lub w państwach, w których zamieszkiwałam/zamieszkiwałem w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa 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/dopuściłem 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 – jeżeli dotyczy.

W przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy zgodnej z projektem umowy przedstawionym w „Szczegółowych. Warunkach konkursu ofert”.

Do oferty dołączam następujące dokumenty:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis Oferenta)

**OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH -PIELĘGNIARSKICH
W ODDZIALE ORTOPEDYCZNO-URAZOWYM
ZADANIE 1I**

Oznaczenie Oferenta

Imię:
 Nazwisko:
 PESEL:
 Adres zamieszkania:
 Nr telefonu:e-mail :
 Nazwa firmy i siedziba:.....
 NIP:REGON:.....
 Nr prawa wykonywania zawodu:
 Specjalizacja w dziedzinie:
 Nr dokumentu specjalizacji:.....
 Nr z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:.....
 Staż pracy w zawodzie (liczba lat):
 Adres praktyki / działalności gospodarczej :
 Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem praktyki / działalności gospodarczej):

Udzielający zamówienia

**Mazowiecki Szpital Wojewódzki
 im. św. Jana Pawła II w Siedlcach
 Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
 ul. Poniatowskiego 26
08-110 Siedlce**

Oferuję wykonywanie świadczeń zdrowotnych, w zakresie opieki pielęgniarskiej w wymiarze.....godzin miesięcznie, na warunkach określonych w Szczegółowych warunkach konkursu ofert opracowanych dla potrzeb niniejszego konkursu i proponuję stawkę za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w wysokości:

- 1)zł brutto (słownie złotych.....) za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych do 160 godzin w miesiącu,
- 2)zł brutto (słownie złotych.....) za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych za każdą kolejną godzinę przekraczającą 160 godzin w ciągu miesiąca.

Oświadczam, że:

- 1) zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia o konkursie, Regulaminem Konkursu Ofert, akceptuję je w pełnym zakresie i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń,
- 2) spełniam określone w nich wymagania oraz posiadam doświadczenie zawodowe, wymagane do realizacji zamówienia,
- 3) wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym,
- 4) nie jestem zawieszony/na w prawie wykonywana zawodu ani ograniczony/na w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie odrębnych przepisów,

- 5) nie jestem pozbawiony/na możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem środka karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony/a w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym,
- 6) nie byłem/am ukarany/a karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu,
- 7) posiadam kwalifikacje zawodowe i uprawnienia odpowiadające rodzajowi i zakresowi wykonywanych świadczeń zdrowotnych zgodnie z przedmiotem zamówienia,
- 8) w całym okresie obowiązywania umowy utrzymam polisę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
- 9) nie będę prowadził działalności konkurencyjnej wobec Udzielającego zamówienia w czasie wyznaczonym na realizację zadań objętych przedmiotem umowy.
- 10) nie jestem zamieszczony/a w Rejestrze z dostępem ograniczonym lub w Rejestrze osób, w stosunku do których Państwowa Komisja do spraw przeciwdziałania wykorzystaniu seksualnemu małoletnich poniżej lat 15 wydała postanowienie o wpisie w Rejestrze,
- 11) nie byłem/am karany w zakresie przestępstw określonych 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 (Dz. U. z 2023 r. poz. 172 oraz z 2022 r. poz. 2600), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.

Zobowiązuję się do dostarczenia najpóźniej w dniu zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych:

- 1) informacji z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych 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 (Dz. U. z 2023 r. poz. 172 oraz z 2022 r. poz. 2600), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego,
- 2) informacji z rejestru karnego państwa obywatelstwa uzyskiwanej do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi albo przedłożenia informacji z rejestru karnego tego państwa, jeżeli prawo państwa obywatelstwa nie przewiduje wydawania informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi – dotyczy osób posiadających obywatelstwo innego państwa niż Rzeczpospolita Polska,
- 3) oświadczenia o państwie lub państwach, w których zamieszkiwałam/zamieszkiwałem w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa, oraz przedłożenia informacji z rejestrów karnych tych państw uzyskiwanej do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi albo przedłożenia informacji z rejestru karnego tego państwa, jeżeli prawo państwa obywatelstwa/ państwa lub państw, w których zamieszkiwałam/zamieszkiwałem w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa, nie przewiduje wydawania informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi,
- 4) oświadczenia, iż prawo w państwie obywatelstwa lub prawo w państwie lub w państwach, w których zamieszkiwałam/zamieszkiwałem w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa nie przewiduje sporządzania informacji z rejestrów karnych lub w danym państwie nie prowadzi się rejestru karnego – jeżeli dotyczy
- 5) oświadczenia, iż nie byłam/ nie byłem prawomocnie skazany w państwie obywatelstwa/ w państwie lub w państwach, w których zamieszkiwałam/zamieszkiwałem w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa 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/dopuściłem 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 – jeżeli dotyczy.

W przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy zgodnej z projektem umowy przedstawionym w „Szczegółowych. Warunkach konkursu ofert”.

Do oferty dołączam następujące dokumenty:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis Oferenta)

**OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ W BLOKU OPERACYJNYM
ZADANIE 1J**

Oznaczenie Oferenta

Imię:
 Nazwisko:
 PESEL:
 Adres zamieszkania:
 Nr telefonu:e-mail :
 Nazwa firmy i siedziba:.....
 NIP:REGON:.....
 Nr prawa wykonywania zawodu:
 Specjalizacja w dziedzinie:
 Nr dokumentu specjalizacji:.....
 Nr z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:.....
 Staż pracy w zawodzie (liczba lat):
 Adres praktyki / działalności gospodarczej :
 Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem praktyki / działalności gospodarczej):

Udzielający zamówienia

**Mazowiecki Szpital Wojewódzki
 im. św. Jana Pawła II w Siedlcach
 Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
 ul. Poniatowskiego 26
 08-110 Siedlce**

Oferuję wykonywanie świadczeń zdrowotnych, w zakresie opieki pielęgniarskiej w wymiarze.....godzin miesięcznie, na warunkach określonych w Szczegółowych warunkach konkursu ofert opracowanych dla potrzeb niniejszego konkursu i proponuję stawkę za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w wysokości:

- 1)zł brutto (słownie złotych.....) za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych do 160 godzin w miesiącu,
- 2)zł brutto (słownie złotych.....) za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych za każdą kolejną godzinę przekraczającą 160 godzin w ciągu miesiąca.

Oświadczam, że:

- 1) zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia o konkursie, Regulaminem Konkursu Ofert, akceptuję je w pełnym zakresie i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń,
- 2) spełniam określone w nich wymagania oraz posiadam doświadczenie zawodowe, wymagane do realizacji zamówienia,
- 3) wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym,
- 4) nie jestem zawieszony/na w prawie wykonywana zawodu ani ograniczony/na w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie odrębnych przepisów,

- 5) nie jestem pozbawiony/na możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem środka karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony/a w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym,
- 6) nie byłem/am ukarany/a karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu,
- 7) posiadam kwalifikacje zawodowe i uprawnienia odpowiadające rodzajowi i zakresowi wykonywanych świadczeń zdrowotnych zgodnie z przedmiotem zamówienia,
- 8) w całym okresie obowiązywania umowy utrzymam polisę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
- 9) nie będę prowadził działalności konkurencyjnej wobec Udzielającego zamówienia w czasie wyznaczonym na realizację zadań objętych przedmiotem umowy.
- 10) nie jestem zamieszczony/a w Rejestrze z dostępem ograniczonym lub w Rejestrze osób, w stosunku do których Państwowa Komisja do spraw przeciwdziałania wykorzystaniu seksualnemu małoletnich poniżej lat 15 wydała postanowienie o wpisie w Rejestrze,
- 11) nie byłem/am karany w zakresie przestępstw określonych 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 (Dz. U. z 2023 r. poz. 172 oraz z 2022 r. poz. 2600), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.

Zobowiązuję się do dostarczenia najpóźniej w dniu zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych:

- 1) informacji z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych 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 (Dz. U. z 2023 r. poz. 172 oraz z 2022 r. poz. 2600), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego,
- 2) informacji z rejestru karnego państwa obywatelstwa uzyskiwanej do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi albo przedłożenia informacji z rejestru karnego tego państwa, jeżeli prawo państwa obywatelstwa nie przewiduje wydawania informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi – dotyczy osób posiadających obywatelstwo innego państwa niż Rzeczpospolita Polska,
- 3) oświadczenia o państwie lub państwach, w których zamieszkiwałam/zamieszkiwałem w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa, oraz przedłożenia informacji z rejestrów karnych tych państw uzyskiwanej do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi albo przedłożenia informacji z rejestru karnego tego państwa, jeżeli prawo państwa obywatelstwa/ państwa lub państw, w których zamieszkiwałam/zamieszkiwałem w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa, nie przewiduje wydawania informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi,
- 4) oświadczenia, iż prawo w państwie obywatelstwa lub prawo w państwie lub w państwach, w których zamieszkiwałam/zamieszkiwałem w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa nie przewiduje sporządzania informacji z rejestrów karnych lub w danym państwie nie prowadzi się rejestru karnego – jeżeli dotyczy
- 5) oświadczenia, iż nie byłam/ nie byłem prawomocnie skazany w państwie obywatelstwa/ w państwie lub w państwach, w których zamieszkiwałam/zamieszkiwałem w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa 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/dopuściłem 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 – jeżeli dotyczy.

W przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy zgodnej z projektem umowy przedstawionym w „Szczegółowych. Warunkach konkursu ofert”.

Do oferty dołączam następujące dokumenty:

- 5)
- 6)
- 7)
- 8)

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis Oferenta)

**OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH – PIELĘGNIARSKICH
W ODDZIALE REHABILITACYJNYM
ZADANIE 1K**

Oznaczenie Oferenta

Imię:
 Nazwisko:
 PESEL:
 Adres zamieszkania:
 Nr telefonu:e-mail :
 Nazwa firmy i siedziba:
 NIP:REGON:
 Nr prawa wykonywania zawodu:
 Specjalizacja w dziedzinie:
 Nr dokumentu specjalizacji:
 Nr z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:
 Staż pracy w zawodzie (liczba lat):
 Adres praktyki / działalności gospodarczej :
 Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem praktyki / działalności gospodarczej):

Udzielający zamówienia

**Mazowiecki Szpital Wojewódzki
im. św. Jana Pawła II w Siedlcach
Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
ul. Poniatowskiego 26
08-110 Siedlce**

Oferuję wykonywanie świadczeń zdrowotnych, w zakresie opieki pielęgniarskiej w wymiarze.....godzin miesięcznie, na warunkach określonych w Szczegółowych warunkach konkursu ofert opracowanych dla potrzeb niniejszego konkursu i proponuję stawkę za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w wysokości:

- 1)zł brutto (słownie złotych.....) za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych do 160 godzin w miesiącu,
- 2)zł brutto (słownie złotych.....) za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych za każdą kolejną godzinę przekraczającą 160 godzin w ciągu miesiąca.

Oświadczam, że:

- 1) zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia o konkursie, Regulaminem Konkursu Ofert, akceptuję je w pełnym zakresie i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń,
- 2) spełniam określone w nich wymagania oraz posiadam doświadczenie zawodowe, wymagane do realizacji zamówienia,
- 3) wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym,

- 4) nie jestem zawieszony/na w prawie wykonywana zawodu ani ograniczony/na w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie odrębnych przepisów,
- 5) nie jestem pozbawiony/na możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem środka karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony/a w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym,
- 6) nie byłem/am ukarany/a karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu,
- 7) posiadam kwalifikacje zawodowe i uprawnienia odpowiadające rodzajowi i zakresowi wykonywanych świadczeń zdrowotnych zgodnie z przedmiotem zamówienia,
- 8) w całym okresie obowiązywania umowy utrzymam polisę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
- 9) nie będę prowadził działalności konkurencyjnej wobec Udzielającego zamówienia w czasie wyznaczonym na realizację zadań objętych przedmiotem umowy.
- 10) nie jestem zamieszczony/a w Rejestrze z dostępem ograniczonym lub w Rejestrze osób, w stosunku do których Państwowa Komisja do spraw przeciwdziałania wykorzystaniu seksualnemu małoletnich poniżej lat 15 wydała postanowienie o wpisie w Rejestrze,
- 11) nie byłem/am karany w zakresie przestępstw określonych 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 (Dz. U. z 2023 r. poz. 172 oraz z 2022 r. poz. 2600), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.

Zobowiązuję się do dostarczenia najpóźniej w dniu zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych:

- 1) informacji z rejestru karnego państwa obywatelstwa uzyskiwanej do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi albo przedłożenia informacji z rejestru karnego tego państwa, jeżeli prawo państwa obywatelstwa nie przewiduje wydawania informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi – dotyczy osób posiadających obywatelstwo innego państwa niż Rzeczpospolita Polska,
- 2) oświadczenia o państwie lub państwach, w których zamieszkiwałam/zamieszkiwałem w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa, oraz przedłożenia informacji z rejestrów karnych tych państw uzyskiwanej do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi albo przedłożenia informacji z rejestru karnego tego państwa, jeżeli prawo państwa obywatelstwa/ państwa lub państw, w których zamieszkiwałam/zamieszkiwałem w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa, nie przewiduje wydawania informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi,
- 3) oświadczenia, iż prawo w państwie obywatelstwa lub prawo w państwie lub w państwach, w których zamieszkiwałam/zamieszkiwałem w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa nie przewiduje sporządzania informacji z rejestrów karnych lub w danym państwie nie prowadzi się rejestru karnego – jeżeli dotyczy
- 4) oświadczenia, iż nie byłam/ nie byłem prawomocnie skazany w państwie obywatelstwa/ w państwie lub w państwach, w których zamieszkiwałam/zamieszkiwałem w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa 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/dopuściłem 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 – jeżeli dotyczy.

W przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy zgodnej z projektem umowy przedstawionym w „Szczegółowych. Warunkach konkursu ofert”.

Do oferty dołączam następujące dokumenty:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis Oferenta)

**OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ POŁOŻNĄ
W PRZYCHODNI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ „OMEGA”
ZADANIE 1L**

Oznaczenie Oferenta

Imię:
 Nazwisko:
 PESEL:
 Adres zamieszkania:
 Nr telefonu:e-mail :
 Nazwa firmy i siedziba:
 NIP:REGON:
 Nr prawa wykonywania zawodu:
 Specjalizacja w dziedzinie:
 Nr dokumentu specjalizacji:
 Nr z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:
 Staż pracy w zawodzie (liczba lat):
 Adres praktyki / działalności gospodarczej :
 Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem praktyki / działalności gospodarczej):

Udzielający zamówienia

**Mazowiecki Szpital Wojewódzki
 im. św. Jana Pawła II w Siedlcach
 Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
 ul. Poniatowskiego 26
 08-110 Siedlce**

Oferuję wykonywanie świadczeń zdrowotnych, w zakresie opieki położnej w wymiarze.....godzin miesięcznie, na warunkach określonych w Szczegółowych warunkach konkursu ofert opracowanych dla potrzeb niniejszego konkursu i proponuję stawkę za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w wysokości:

- 1)zł brutto (słownie złotych.....) za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych do 160 godzin w miesiącu,
- 2)zł brutto (słownie złotych.....) za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych za każdą kolejną godzinę przekraczającą 160 godzin w ciągu miesiąca.

Oświadczam, że:

- 1) zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia o konkursie, Regulaminem Konkursu Ofert, akceptuję je w pełnym zakresie i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń,
- 2) spełniam określone w nich wymagania oraz posiadam doświadczenie zawodowe, wymagane do realizacji zamówienia,
- 3) wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym,
- 4) nie jestem zawieszony/na w prawie wykonywana zawodu ani ograniczony/na w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie odrębnych przepisów,

- 5) nie jestem pozbawiony/na możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem środka karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony/a w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym,
- 6) nie byłem/am ukarany/a karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu,
- 7) posiadam kwalifikacje zawodowe i uprawnienia odpowiadające rodzajowi i zakresowi wykonywanych świadczeń zdrowotnych zgodnie z przedmiotem zamówienia,
- 8) w całym okresie obowiązywania umowy utrzymam polisę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
- 9) nie będę prowadził działalności konkurencyjnej wobec Udzielającego zamówienia w czasie wyznaczonym na realizację zadań objętych przedmiotem umowy.
- 10) nie jestem zamieszczony/a w Rejestrze z dostępem ograniczonym lub w Rejestrze osób, w stosunku do których Państwowa Komisja do spraw przeciwdziałania wykorzystaniu seksualnemu małoletnich poniżej lat 15 wydała postanowienie o wpisie w Rejestrze,
- 11) nie byłem/am karany w zakresie przestępstw określonych 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 (Dz. U. z 2023 r. poz. 172 oraz z 2022 r. poz. 2600), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.

Zobowiązuję się do dostarczenia najpóźniej w dniu zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych:

- 1) informacji z rejestru karnego państwa obywatelstwa uzyskiwanej do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi albo przedłożenia informacji z rejestru karnego tego państwa, jeżeli prawo państwa obywatelstwa nie przewiduje wydawania informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi – dotyczy osób posiadających obywatelstwo innego państwa niż Rzeczpospolita Polska,
- 2) oświadczenia o państwie lub państwach, w których zamieszkiwałam/zamieszkiwałem w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa, oraz przedłożenia informacji z rejestrów karnych tych państw uzyskiwanej do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi albo przedłożenia informacji z rejestru karnego tego państwa, jeżeli prawo państwa obywatelstwa/ państwa lub państw, w których zamieszkiwałam/zamieszkiwałem w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa, nie przewiduje wydawania informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi,
- 3) oświadczenia, iż prawo w państwie obywatelstwa lub prawo w państwie lub w państwach, w których zamieszkiwałam/zamieszkiwałem w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa nie przewiduje sporządzania informacji z rejestrów karnych lub w danym państwie nie prowadzi się rejestru karnego – jeżeli dotyczy
- 4) oświadczenia, iż nie byłam/ nie byłem prawomocnie skazany w państwie obywatelstwa/ w państwie lub w państwach, w których zamieszkiwałam/zamieszkiwałem w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa 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/dopuściłem 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 – jeżeli dotyczy.

W przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy zgodnej z projektem umowy przedstawionym w „Szczegółowych. Warunkach konkursu ofert”.

Do oferty dołączam następujące dokumenty:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis Oferenta)