

Bydgoszcz, dnia 8 sierpnia 2019 r.

numer postępowania: NHR.2019.120.32

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT

Postępowanie konkursowe prowadzone będzie w oparciu o przepisy **ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej** (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 730 z późn. zm.), oraz **ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych** (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 447 z późn. zm.)

Przedmiotem konkursu są następujące świadczenia:

ZAKRES 1 - udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pediatrii, hematologii i onkologii dziecięcej oraz transplantologii klinicznej przez lekarza specjalistę w ramach Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii.

Kod CPV: 85121000-3, 85111000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85121100-4, 85121200-5.

Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/ dziedzinie pediatrii,
- specjalizacja w zakresie/ dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej,
- tytuł naukowy doktor habilitowany nauk medycznych,
- udokumentowane 5-letnie doświadczenie w oddziale hematologicznym.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni robocze do 120 godzin miesięcznie/przez 1 osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

ZAKRES 2 - udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji przez lekarza specjalistę w ramach Oddziału Klinicznego Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu.

Kod CPV: 85121000-3, 85111000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85121100-4, 85121200-5.

Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Oddziale Klinicznym Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/ dziedzinie rehabilitacji,
- udokumentowany 5-letni staż pracy.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni robocze do 110 godzin miesięcznie/przez 1 osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

ZAKRES 3 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki/pielęgniarzy w Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Kod CPV: 85121000-3, 85111000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85141200-1.

Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii,**

3.1. Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- udokumentowane 2-letnie doświadczenie zawodowe w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii .

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie czynności pielęgniarских.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do **80 godzin** miesięcznie przez 1 osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

3.2. Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 2 osób z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- udokumentowane 2-letnie doświadczenie zawodowe w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii .

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie czynności pielęgniarских.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do **120 godzin** miesięcznie przez 1 osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

3.3. Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- udokumentowane 2-letnie doświadczenie zawodowe w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii .

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie czynności pielęgniarских.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do **176 godzin** miesięcznie przez 1 osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

3.4. Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 2 osób z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- udokumentowane 2-letnie doświadczenie zawodowe w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii .

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie czynności pielęgniarских.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do **180 godzin** miesięcznie przez 1 osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

3.5. Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 2 osób z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- udokumentowane 2-letnie doświadczenie zawodowe w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii .

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie czynności pielęgniarских.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do **192 godzin** miesięcznie przez 1 osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

3.6. Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 4 osób z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- udokumentowane 2-letnie doświadczenie zawodowe w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii .

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie czynności pielęgniarских.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do **204 godzin** miesięcznie przez 1 osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

3.7. Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- udokumentowane 2-letnie doświadczenie zawodowe w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii .

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie czynności pielęgniarских.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do **216 godzin** miesięcznie przez 1 osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

3.8. Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- udokumentowane 2-letnie doświadczenie zawodowe w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii .

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie czynności pielęgniarских.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do **240 godzin** miesięcznie przez 1 osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

ZAKRES 4 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki w Klinice Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Wątroby i Chirurgii Transplantacyjnej.

Kod CPV: 85121000-3, 85111000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85141200-1.

Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Wątroby i Chirurgii Transplantacyjnej.**

4.1. Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- ukończone liceum pielęgniarstwa lub tytuł licencjata pielęgniarstwa,
- udokumentowane aktualne zaświadczenie ukończenia kursu krwiodawstwa i krwiolecznictwa.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie czynności pielęgniarских.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie **do 216 godzin** miesięcznie przez 1 osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

4.2. Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- ukończone liceum pielęgniarstwa lub tytuł licencjata pielęgniarstwa,
- udokumentowane aktualne zaświadczenie ukończenia kursu krwiodawstwa i krwiolecznictwa.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie czynności pielęgniarских.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie **do 204 godzin** miesięcznie przez 1 osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

4.3. Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 3 osób z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- ukończone liceum pielęgniarstwa lub tytuł licencjata pielęgniarstwa,
- udokumentowane aktualne zaświadczenie ukończenia kursu krwiodawstwa i krwiolecznictwa.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie czynności pielęgniarских.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie **do 120 godzin** miesięcznie przez 1 osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

ZAKRES 5 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę w Oddziale Klinicznym Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci.

Kod CPV: 85121000-3, 85111000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85141200-1.

Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- Kurs kwalifikacyjny lub specjalizacja z pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej terapii.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie czynności pielęgniarских.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie **do 120 godzin** miesięcznie przez 1 osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

ZAKRES 6 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę w Klinice Chirurgii Naczyniowej i Angiologii.

Kod CPV: 85121000-3, 85111000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85141200-1.

Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie **1 osoby** z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- Udokumentowane minimum 2-letni staż pracy w oddziale chirurgii naczyniowej.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie czynności pielęgniarских.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie **do 228 godzin** miesięcznie przez 1 osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

ZAKRES 7 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki w Klinice Neurochirurgii, Neurotraumatologii i Neurochirurgii Dziecięcej.

Kod CPV: 85121000-3, 85111000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85141200-1.

Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Neurochirurgii, Neurotraumatologii i Neurochirurgii Dziecięcej.**

7.1. Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie **1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:**

- udokumentowane aktualne zaświadczenie ukończenia kursu krwiodawstwa i krwiolecznictwa,
- udokumentowany 2 letni staż pracy na stanowisku pielęgniarki.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie czynności pielęgniarских.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie **do 120 godzin** miesięcznie przez 1 osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

7.2. Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie **1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:**

- udokumentowane aktualne zaświadczenie ukończenia kursu krwiodawstwa i krwiolecznictwa,
- udokumentowany 2 letni staż pracy na stanowisku pielęgniarki.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie czynności pielęgniarских.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do **204 godzin** miesięcznie przez 1 osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

ZAKRES 8 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki w Klinice Urologii Ogólnej i Onkologicznej.

Kod CPV: 85121000-3, 85111000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85141200-1.

Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Urologii Ogólnej i Onkologicznej.**

8.1. Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 2 osób z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- udokumentowane aktualne zaświadczenie ukończenia kursu krwiodawstwa i krwiolecznictwa.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie czynności pielęgniarских.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do **240 godzin** miesięcznie przez 1 osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

8.2. Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- udokumentowane aktualne zaświadczenie ukończenia kursu krwiodawstwa i krwiolecznictwa.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie czynności pielęgniarских.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do **120 godzin** miesięcznie przez 1 osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

ZAKRES 9 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki/położne w ramach Kliniki Kardiologii.

Kod CPV: 85121000-3, 85111000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85141200-1/85141100-0.

9.1. Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Kardiologii,**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- dokumenty potwierdzające kwalifikacje w zawodzie pielęgniarki/położnej.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie czynności pielęgniarских.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do **80 godzin** miesięcznie przez 1 osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

9.2. Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Kardiologii – Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- dokumenty potwierdzające kwalifikacje w zawodzie pielęgniarki.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie czynności pielęgniarskich.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do **120 godzin** miesięcznie przez 1 osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

ZAKRES 10 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez ratownika medycznego w Klinice Kardiologii.

Kod CPV: 85121000-3, 85111000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85112200-9.

Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Kardiologii – Odcinek Kardiologiczny.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- dokumenty potwierdzające kwalifikacje w zawodzie ratownika medycznego.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie czynności ratownika medycznego.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do **96 godzin** miesięcznie przez 1 osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

ZAKRES 11 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez ratownika medycznego w ramach Kliniki Medycyny Ratunkowej w Pracowni Terapii Hiperbarycznej.

Kod CPV: 85121000-3, 85111000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85112200-9.

Miejsce udzielania świadczeń:

- **Klinika Medycyny Ratunkowej - Pracownia Terapii Hiperbarycznej.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- udokumentowane doświadczenie w pracy w zakresie terapii hiperbarycznej.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- wykonywanie procedur z zakresu tlenoterapii hiperbarycznej na wezwanie w dni robocze w tym samym dniu.

ZAKRES 12 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez ratownika medycznego w Klinice Kardiochirurgii.

Kod CPV: 85121000-3, 85111000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85112200-9.

Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Kardiochirurgii.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie **1 osoby** z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- udokumentowane doświadczenie w pracy w oddziale o profilu kardiologicznym.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie czynności ratownika medycznego.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do **216 godzin** miesięcznie przez 1 osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

Wymagania konieczne dla Oferentów zainteresowanych świadczeniem usług:

- a) W konkursie ofert w myśl art. 26 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, zamówienie może być udzielone podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą lub osobie legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych (przyjmujący zamówienie),
- b) Przedmiot zamówienia nie może wykraczać poza rodzaj działalności leczniczej lub zakres świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez przyjmującego zamówienie, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- c) Do konkursu ofert stosuje się odpowiednio art. 140, art. 141, art. 146 ust. 1, art. 147-150, 151 ust. 1, 2, 4-6, art. 152, 153 i art. 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
- d) Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie oraz na zasadach określonych w umowie, a udzielający zamówienia do zapłaty wynagrodzenia za udzielanie tych świadczeń,
- e) Osoby udzielające świadczeń w imieniu Oferenta lub sam Oferent (w przypadku osobistego udzielania świadczeń) nie pozostają w stosunku pracy z Udzielającym zamówienie i Oferent zobowiąże się do utrzymania takiego stanu w trakcie trwania umowy, zawartej w wyniku niniejszego konkursu, w zakresie świadczeń zdrowotnych. W przypadku wyłonienia oferty oferenta związanego stosunkiem pracy z Udzielającym zamówienia, oferent (w przypadku osobistego udzielania świadczeń) zobowiązuje się do rozwiązania umowy o pracę z dniem zawarcia umowy o świadczenia zdrowotne.

Do konkursu mogą przystąpić tylko i wyłącznie osoby spełniające wymagania określone w przepisach szczególnych oraz niniejszych Szczegółowych Warunków Konkursu (dalej SWK).

W sprawach nieuregulowanych w SWK stosuje się obowiązujące przepisy prawa.

WYMOGI FORMALNE W ZAKRESIE PRZYGOTOWANIA OFERTY

1. Ofertę należy sporządzić w języku polskim zgodnie z SWK, w formie maszynopisu lub wydruku i dołączyć od niej wymagane załączniki (dopuszczalne jest wypełnienie załączników przy użyciu długopisu lub pióra czytelnym pismem).
2. Oświadczenia i dokumenty złożone w języku obcym powinny być przetłumaczone przez tłumacza przysięgłego. Tekst tłumaczenia wraz z dokumentem oryginalnym należy dołączyć do oferty.
3. Wszelkie poprawki, przekreślenia lub zmiany w ofercie powinny być parafowane przez Oferenta.
4. Formularz ofertowy należy opracować na załączonym druku „OFERTA”.
5. Oferent nie może dokonywać żadnych zmian we wzorze druku „OFERTA”.

6. Do formularza oferty należy dołączyć wszelkie wymagane w SWK dokumenty.
7. Jeżeli dokument przedstawiony jest w postaci kserokopii – konieczne jest jego poświadczenie „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętą imienną.
8. Udzielający zamówienia może żądać w trakcie postępowania konkursowego oryginału lub notarialnie poświadczonej kopii dokumentu załączonego przez Oferenta wyłącznie wtedy, gdy przedstawiona przez Oferenta kopia dokumentu jest nieczytelna lub budzi wątpliwości co do jej autentyczności.
9. Kompletna oferta powinna składać się z:
 - 1) formularza ofertowego Załącznik nr 1 lub Załącznik nr 2, lub Załącznik nr 3, lub Załącznik 4, lub Załącznik nr 5, lub Załącznik nr 6, lub Załącznik nr 7, lub Załącznik 8, załącznik nr 9, lub Załącznik nr 10, lub Załącznik nr 11, lub Załącznik nr 12.
 - 2) dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe (zgodne z Załącznik nr 1 lub Załącznik nr 2, lub Załącznik nr 3, lub Załącznik 4, lub Załącznik nr 5, lub Załącznik nr 6, lub Załącznik nr 7, lub Załącznik 8, załącznik nr 9, lub Załącznik nr 10, lub Załącznik nr 11, lub Załącznik nr 12).
10. Oferty złożone po wyznaczonym terminie lub nadane jako przesyłka pocztowa, niezależnie od daty nadania, będą odrzucane, jeżeli wpłyną do kancelarii szpitala po terminie zakreślonym do ich złożenia.
11. Oferent może złożyć tylko jedną ofertę w jednym, wybranym przez siebie zakresie. Złożenie większej liczby ofert spowoduje odrzucenie każdej z nich.
12. Propozycje rozwiązań alternatywnych lub wariantowych nie będą brane pod uwagę.
13. Oferenci ponoszą wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.

TERMIN, MIEJSCE ORAZ SPOSÓB SKŁADANIA OFERT

1. Oferty należy składać w zamkniętej (zaklejonej) kopercie

w dniach od 08.08.2019 r. do 14.08.2019 r. do godz. 11:00

(wyłącznie w dni powszednie) w Biurze Podawczym Szpitala przy ul. M. Skłodowskiej-Curie 9.

2. Ofertę wraz ze wszystkimi załącznikami należy umieścić w kopercie opatrzonej napisem: **„Konkurs ofert nr NHR.2019.120.32 na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie.... ogłoszenia nie otwierać przed 14.08.2019 r. godz. 11:30 ”**
3. Na wniosek Oferent otrzyma pisemne potwierdzenie złożenia oferty wraz z numerem jakim została oznakowana oferta.
4. W przypadku nadania oferty za pośrednictwem poczty należy ofertę umieścić w zaklejonej i opisanej kopercie w sposób określony powyżej, następnie zaklejoną kopertę włożyć do kolejnej koperty i zaadresować, z dopiskiem **„Konkurs ofert nr NHR.2019.120.32 na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ogłoszenia”** pod niżej wskazany adres:

**Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr A. Jurasza
ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9
85-094 Bydgoszcz**

5. W przypadku osobistego złożenia oferty przez Oferenta należy umieścić na kopercie adres zwrotny oraz numer telefonu kontaktowego. Powyższe dotyczy również wewnętrznej koperty oferty złożonej drogą pocztową bez zwrotnego potwierdzenia nadania.
6. Oferta przesłana pocztą złożona będzie w terminie wyłącznie wówczas, gdy wpłynie do Szpitala przed upływem terminu zakreślonego do składania ofert – decyduje data i godzina wpływu odnotowana w rejestrze Kancelarii Szpitala.

UDZIELANIE WYJAŚNIEŃ dot. KONKURSU

1. Każdy Oferent może zwrócić się do Udzielającego zamówienia o wyjaśnienie treści SWK.
2. Do kontaktów z Oferentami upoważnione są: Marlena Nawrot, Aleksandra Borucka oraz Weronika Nowak (tel. 52 585 49 55, 52 585 41 63, 52 585 4091 w godzinach od 09:00 do 14:00).

MIEJSCE I TERMIN OTWARCIA OFERT

1. Otwarcia ofert dokona Komisja konkursowa **w dniu 14.08.2019 r. o godz. 11:30** w siedzibie udzielającego zamówienia – w obecności przybyłych Oferentów. Obecność Oferentów nie jest obowiązkowa.
2. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi **do dnia 20.08.2019 r. do godz. 15:00**.

POSTĘPOWANIE KONKURSOWE

1. Otwarcie ofert nastąpi w terminie i miejscu wskazanym w ogłoszeniu oraz w SWK.
2. Konkurs składa się z części jawnej i niejawnej. Oferent może uczestniczyć tylko w jawnej części konkursu.
3. Komisja konkursowa:
 - 1) stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu ofert oraz informuje o liczbie otrzymanych ofert;
 - 2) ogłasza dane personalne oraz adres Oferenta, którego oferta jest otwierana;
 - 3) jeżeli oferta dotyczy określonej części/zakresu (określonych świadczeń), na które oferent złoży swoją aplikację, Komisja konkursowa również o tym informuje;
 - 4) ustala, które z ofert spełniają warunki określone w SWK;
 - 5) odrzuca oferty nieodpowiadające wymogom określonym w SWK lub złożone po terminie;
 - 6) ogłasza Oferentom, które z ofert spełniają warunki określone w SWK, a które zostały odrzucone;
 - 7) przyjmuje do protokołu wyjaśnienia i oświadczenia składane przez Oferentów;
 - 8) komisja konkursowa wzywa Oferentów do usunięcia braków formalnych w terminie 2 dni od daty otwarcia ofert pod rygorem odrzucenia oferty;
 - 9) wybiera najkorzystniejsze oferty.
4. Czynności, o których mowa ust. 3 pkt. 4, 5 i 9 komisja konkursowa przeprowadza na posiedzeniach zamkniętych bez udziału Oferentów.
5. W trybie przewidzianym w ust. 3 pkt. 8 nie można dokonać uzupełnienia oferty w zakresie propozycji cenowej oraz warunków wykonywania świadczeń zdrowotnych.

KRYTERIA OCENY OFERT

1. Podstawą oceny ofert złożonych przez Oferentów, będą następujące kryteria:

– **stawka za udzielanie świadczeń: 100 %**

stawka minimalna

-----x waga kryterium = punktacja

stawka oferty badanej

Stawka minimalna najmniejsza deklarowana stawka spośród wszystkich ofert.

Przyjmuje się, że 1%=1 pkt. i tak zostanie przeliczona liczba punktów.

2. Jeżeli kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Udzielający zamówienia przeznaczył na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie postępowanie ulega unieważnieniu w tym zakresie.
3. W przypadku, gdy kilku oferentów uzyska jednakową ilość punktów, pod uwagę będą brane:
 - dodatkowe staż i doświadczenie
każdy dodatkowy rok stażu = 0,01 pkt.;
 - dodatkowe kursy lub specjalizacja
każdy dodatkowy kurs lub specjalizacja = 0,05 pkt.

ROZSTRZYGNĘCIE KONKURSU

1. Komisja konkursowa dokonując wyboru kieruje się przedstawionymi powyżej kryteriami oceny ofert.
2. Jeżeli kwota najkorzystniejszej oferty złożonej w danym zakresie przewyższa kwotę, którą Udzielający zamówienia przeznaczył na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie, Dyrektor Szpitala unieważnia postępowanie w tym zakresie.
3. Komisja konkursowa niezwłocznie przedstawia Udzielającemu zamówienia (Dyrektorowi Szpitala) protokół z przebiegu konkursu.
4. Komisja konkursowa powiadomi o wyniku konkursu podając nazwę (firmę) albo imię i nazwisko świadczeniodawcy, który został wybrany. Ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu zostanie umieszczone na tablicy ogłoszeń Szpitala oraz na stronie internetowej Udzielającego zamówienia.
5. Odrzuca się ofertę:
 - 1) złożoną przez oferenta po terminie;
 - 2) zawierającą nieprawdziwe informacje;
 - 3) jeżeli oferent nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanej liczby lub ceny świadczeń opieki zdrowotnej;
 - 4) jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia;
 - 5) jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów;
 - 6) jeżeli oferent złożył ofertę alternatywną;
 - 7) jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez Udzielającego zamówienie.
 - 8) złożoną przez świadczeniodawcę, z którym w okresie 5 lat poprzedzających ogłoszenie postępowania, została rozwiązana przez Udzielającego zamówienia umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie lub rodzaju odpowiadającym przedmiotowi ogłoszenia, bez zachowania okresu wypowiedzenia z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy.

TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ

Oferent jest związany ofertą przez okres 90 dni od upływu terminu składania ofert.

PRAWA UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA

1. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do przesunięcia terminu składania ofert bez podania przyczyny, w tym części/zakresu konkursu.
2. W uzasadnionych przypadkach, przed upływem terminu do składania ofert, Udzielający zamówienia może zmodyfikować treść ogłoszenia oraz dokumentów składających się na SWK dotyczących zmiany terminu składania ofert.
3. O każdej zmianie Udzielający zamówienia zawiadomi niezwłocznie każdego z uczestników postępowania.
4. Oferta musi wyrażać stanowczą wolę oferenta zawarcia umowy o definitywnie określonej treści, w innym przypadku zainteresowanemu nie przysługuje status Oferenta.
5. Do niniejszego konkursu nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych.
6. Umowa na świadczenie usług zawarta zostanie **w zakresie nr 1, w zakresie od nr 3 do nr 4, w zakresie od nr 7 do nr 12 od dnia 01.09.2019 r. do dnia 31.08.2022 r., w zakresie nr 2 od dnia 15.09.2019 r. do dnia 31.08.2022 r. oraz w zakresie nr 5 od dnia 02.09.2019 r. do dnia 31.08.2022r., a także w zakresie nr 6 od dnia 16.09.2019 r. do dnia 31.08.2022 r.**

UNIEWAŻNIENIE KONKURSU

1. Unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, następuje gdy:
 - 1) nie wpłynęła żadna oferta;
 - 2) wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, z zastrzeżeniem ust. 2;
 - 3) odrzucono wszystkie oferty;
 - 4) kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Udzielający Zamówienie przeznaczył na finansowanie w danym postępowaniu;
 - 5) nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie ubezpieczonych, czego nie można było wcześniej przewidzieć.
2. Jeżeli w toku konkursu ofert wpłynęła tylko jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, komisja może przyjąć tę ofertę, gdy z okoliczności wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs ofert nie wpłynie więcej ofert.

PRAWO OFERENTÓW DO ODWOŁAŃ

1. Oferenci, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Udzielającego zamówienie zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze.
2. Środki odwoławcze nie przysługują na:
 - 1) wybór trybu postępowania,
 - 2) niedokonanie wyboru Oferenta,
 - 3) unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

3. W toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, do czasu zakończenia postępowania, oferent może złożyć do komisji umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
4. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ulega zawieszeniu, chyba że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.
5. Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
6. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
7. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej.
8. W przypadku uwzględnienia protestu komisja powtarza zaskarżoną czynność.
9. Oferent biorący udział w postępowaniu może wnieść do Dyrektora Szpitala, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
10. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia.

ZATWIERDZAM

DYREKTOR ds. LECZNICTWA
Szpitala Uniwersyteckiego nr 1
im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy

dr n. med. Ahmad El-Essa

OFERTA

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pediatrii, hematologii i onkologii dziecięcej oraz transplantologii klinicznej przez lekarza specjalistę w ramach Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii – Zakres 1

I. DANE O OFERENCIE:

| | | |
|---------------------------|--------------------|--|
| FIRMA | | |
| Imię i nazwisko | | |
| ADRES DZIAŁALNOŚCI | Kod pocztowy | |
| | Poczta | |
| | Miejscowość | |
| | Ulica | |
| | Nr domu/mieszkania | |
| REGON | | |
| NIP | | |
| Telefon | | |

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1. Jest wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
2. Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.
3. Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert.
4. Nie toczą się wobec niego żadne postępowania sądowe ani postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, związane z wykonywanym zawodem.
5. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym, na dzień złożenia oferty.
6. Wyraża zgodę na umieszczenie w ogłoszeniu Udzielającego zamówienia o rozstrzygnięciu konkursu ofert danych Oferenta zgodnie z art. 151 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

III. WARUNKI:

1. za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:
 - 1) **PLN** za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni robocze zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.
2. proponowany czas trwania umowy: **od 01.09.2019 r. do 31.08.2022 r.**

Umowa zostanie zawarta z oferentem wyłonionym w postępowaniu konkursowym, po weryfikacji umieszczenia Oferenta w Rejestrze Sprawców Przystępstw 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 (druk kwestionariusz osobowego dla wyłonionego oferenta w postępowaniu konkursowym udostępniony będzie do uzupełnienia w Biurze Podawczym Szpitala przy ul. M. Skłodowskiej-Curie 9).

IV. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

1. kserokopia dyplomu;
2. kserokopia dyplomu specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
3. kserokopia prawa wykonywania zawodu (jeżeli dotyczy);
4. zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (jeżeli dotyczy);
5. polisa od odpowiedzialności podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
6. orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do udzielania świadczeń zdrowotnych na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy,
7. kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia - kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego (jeżeli dotyczy);
8. certyfikat ochrony radiologicznej pacjenta (jeżeli dotyczy);
9. dokumenty potwierdzające staż pracy.

Oświadczenia i dokumenty złożone w języku obcym powinny być przetłumaczone przez tłumacza przysięgłego. Kserokopia tekstu tłumaczenia wraz z kserokopią dokumentu oryginalnego należy dołączyć do oferty.

Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętką imienną.

.....
podpis Oferenta

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy.
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia postępowania konkursowego na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z Ustawą o działalności leczniczej oraz Ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i przepisów wykonawczych - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. a, b, c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
3. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
4. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres zgodny z przepisami.
5. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania a także prawo do cofnięcia zgody, chyba, że przepisy prawa nakazywać będą przechowywanie danych osobowych.
6. W przypadku uznania, że Pani/Pana prawa zostały naruszone ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
7. Podanie danych osobowych jest obligatoryjne w oparciu o aktualnie obowiązujące przepisy, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne.
8. Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych Osobowych – Jerzy Nowak, tel.: 52 585 4078, e-mail: je.nowak@jurasza.pl

.....
Data i czytelny podpis Oferenta

OFERTA

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji przez lekarza specjalistę w ramach
Oddziału Klinicznego Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu
– Zakres 2

I. DANE O OFERENCIE:

| | | |
|---------------------------|--------------------|--|
| FIRMA | | |
| Imię i nazwisko | | |
| ADRES DZIAŁALNOŚCI | Kod pocztowy | |
| | Poczta | |
| | Miejscowość | |
| | Ulica | |
| | Nr domu/mieszkania | |
| REGON | | |
| NIP | | |
| Telefon | | |

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1. Jest wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
2. Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.
3. Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert.
4. Nie toczą się wobec niego żadne postępowania sądowe ani postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, związane z wykonywanym zawodem.
5. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym, na dzień złożenia oferty.
6. Wyraża zgodę na umieszczenie w ogłoszeniu Udzielającego zamówienia o rozstrzygnięciu konkursu ofert danych Oferenta zgodnie z art. 151 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

III. WARUNKI:

1. za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:
 - 1) PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni robocze zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.
2. proponowany czas trwania umowy: **od 15.09.2019 r. do 31.08.2022 r.**

Umowa zostanie zawarta z oferentem wyłonionym w postępowaniu konkursowym, po weryfikacji umieszczenia Oferenta w Rejestrze Sprawców Przepięstw 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 (druk kwestionariusz osobowego dla wyłonionego oferenta w postępowaniu konkursowym udostępniony będzie do uzupełnienia w Biurze Podawczym Szpitala przy ul. M. Skłodowskiej-Curie 9).

IV. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

1. kserokopia dyplomu;
2. kserokopia dyplomu specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
3. kserokopia prawa wykonywania zawodu (jeżeli dotyczy);
4. zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (jeżeli dotyczy);
5. polisa od odpowiedzialności podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
6. orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do udzielania świadczeń zdrowotnych na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy,
7. kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia - kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego (jeżeli dotyczy);
8. certyfikat ochrony radiologicznej pacjenta (jeżeli dotyczy);
9. dokumenty potwierdzające staż pracy.

Oświadczenia i dokumenty złożone w języku obcym powinny być przetłumaczone przez tłumacza przysięgłego. Kserokopia tekstu tłumaczenia wraz z kserokopią dokumentu oryginalnego należy dołączyć do oferty.

Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętką imienną.

.....
podpis Oferenta

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy.
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia postępowania konkursowego na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z Ustawą o działalności leczniczej oraz Ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i przepisów wykonawczych - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. a, b, c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
3. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
4. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres zgodny z przepisami.
5. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania a także prawo do cofnięcia zgody, chyba, że przepisy prawa nakazują będą przechowywanie danych osobowych.
6. W przypadku uznania, że Pani/Pana prawa zostały naruszone ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
7. Podanie danych osobowych jest obowiązkowe w oparciu o aktualnie obowiązujące przepisy, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne.
8. Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych Osobowych – Jerzy Nowak, tel.: 52 585 4078, e-mail: je.nowak@jurasza.pl

.....
Data i czytelny podpis Oferenta

OFERTA
na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki/pielęgniarzy w Klinice Anestezjologii i
Intensywnej Terapii

– Zakres 3.1.; 3.2.; 3.3.; 3.4.; 3.5.; 3.6.; 3.7.; 3.8.*

*- właściwy zakres zakreślić

I. DANE O OFERENCIE:

| | | |
|---------------------------|--------------------|--|
| FIRMA | | |
| Imię i nazwisko | | |
| ADRES DZIAŁALNOŚCI | Kod pocztowy | |
| | Poczta | |
| | Miejscowość | |
| | Ulica | |
| | Nr domu/mieszkania | |
| REGON | | |
| NIP | | |
| Telefon | | |

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1. Jest wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
2. Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.
3. Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert.
4. Nie toczą się wobec niego żadne postępowania sądowe ani postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, związane z wykonywanym zawodem.
5. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym, na dzień złożenia oferty.
6. Wyraża zgodę na umieszczenie w ogłoszeniu Udzielającego zamówienia o rozstrzygnięciu konkursu ofert danych Oferenta zgodnie z art. 151 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

III. WARUNKI:

1. za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:
 - 1) PLN zryczałtowana, uśredniona kwota za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z harmonogramem.
 - 2)% stawki zryczałtowanej [ust.1 pkt. 1]) za zabiegi planowane po godz. 15:00 – Kliniki Urologii Ogólnej i Onkologicznej oraz Kliniki Chirurgii Naczyniowej i Angiologii,
 - 3)% stawki zryczałtowanej [ust.1 pkt. 1]) za zabiegi planowane przedłużające się po godz. 15:00,
 - 4) PLN pobranie narządu/ów,
 - 5) PLN przeszczepienie nerki,
 - 6) PLN przeszczepienie wątroby
2. proponowany czas trwania umowy: **od 01.09.2019 r. do 31.08.2022 r.**

Umowa zostanie zawarta z oferentem wyłonionym w postępowaniu konkursowym, po weryfikacji umieszczenia Oferenta w Rejestrze Sprawców Przystępstw 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 (druk kwestionariusz osobowego dla wyłonionego oferenta w postępowaniu konkursowym udostępniony będzie do uzupełnienia w Biurze Podawczym Szpitala przy ul. M. Skłodowskiej-Curie 9).

IV. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

1. kserokopia dyplomu;
2. kserokopia dyplomu specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
3. kserokopia prawa wykonywania zawodu (jeżeli dotyczy);
4. zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (jeżeli dotyczy);
5. polisa od odpowiedzialności podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
6. orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do udzielania świadczeń zdrowotnych na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy,
7. kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia - kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego (jeżeli dotyczy);
8. certyfikat ochrony radiologicznej pacjenta (jeżeli dotyczy);
9. dokumenty potwierdzające staż pracy.

Oświadczenia i dokumenty złożone w języku obcym powinny być przetłumaczone przez tłumacza przysięgłego. Kserokopia tekstu tłumaczenia wraz z kserokopią dokumentu oryginalnego należy dołączyć do oferty. Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętą imienną.

.....
podpis Oferenta

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy.
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia postępowania konkursowego na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z Ustawą o działalności leczniczej oraz Ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i przepisów wykonawczych - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. a, b, c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
3. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
4. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres zgodny z przepisami.
5. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania a także prawo do cofnięcia zgody, chyba, że przepisy prawa nakazują będą przechowywanie danych osobowych.
6. W przypadku uznania, że Pani/Pana prawa zostały naruszone ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
7. Podanie danych osobowych jest obowiązkowe w oparciu o aktualnie obowiązujące przepisy, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne.
8. Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych Osobowych – Jerzy Nowak, tel.: 52 585 4078, e-mail: je.nowak@jurasza.pl

.....
Data i czytelny podpis Oferenta

OFERTA

na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki w Klinice Chirurgii Ogólnej, Chirurgii
 Wątroby i Chirurgii Transplantacyjnej
 – Zakres 4.1.; 4.2.; 4.3.*

*- właściwy zakres zakresić

I. DANE O OFERENCIE:

| | | |
|---------------------------|--------------------|--|
| FIRMA | | |
| Imię i nazwisko | | |
| ADRES DZIAŁALNOŚCI | Kod pocztowy | |
| | Poczta | |
| | Miejscowość | |
| | Ulica | |
| | Nr domu/mieszkania | |
| REGON | | |
| NIP | | |
| Telefon | | |

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1. Jest wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
2. Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.
3. Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert.
4. Nie toczą się wobec niego żadne postępowania sądowe ani postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, związane z wykonywanym zawodem.
5. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym, na dzień złożenia oferty.
6. Wyraża zgodę na umieszczenie w ogłoszeniu Udzielającego zamówienia o rozstrzygnięciu konkursu ofert danych Oferenta zgodnie z art. 151 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

III. WARUNKI:

1. za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:
 - 1) **PLN** za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z harmonogramem.
2. proponowany czas trwania umowy: **od 01.09.2019 r. do 31.08.2022 r.**

Umowa zostanie zawarta z oferentem wyłonionym w postępowaniu konkursowym, po 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 (druk kwestionariusz osobowego dla wyłonionego oferenta w postępowaniu konkursowym udostępniony będzie do uzupełnienia w Biurze Podawczym Szpitala przy ul. M. Skłodowskiej-Curie 9).

IV. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

1. kserokopia dyplomu;
2. kserokopia dyplomu specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
3. kserokopia prawa wykonywania zawodu (jeżeli dotyczy);
4. zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (jeżeli dotyczy);
5. polisa od odpowiedzialności podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
6. orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do udzielania świadczeń zdrowotnych na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy,
7. kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia - kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego (jeżeli dotyczy);
8. certyfikat ochrony radiologicznej pacjenta (jeżeli dotyczy);
9. dokumenty potwierdzające staż pracy.

Oświadczenia i dokumenty złożone w języku obcym powinny być przetłumaczone przez tłumacza przysięgłego. Kserokopia tekstu tłumaczenia wraz z kserokopią dokumentu oryginalnego należy dołączyć do oferty.

Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętką imienną.

.....
podpis Oferenta

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy.
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia postępowania konkursowego na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z Ustawą o działalności leczniczej oraz Ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i przepisów wykonawczych - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. a, b, c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
3. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
4. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres zgodny z przepisami.
5. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania a także prawo do cofnięcia zgody, chyba, że przepisy prawa nakazywać będą przechowywanie danych osobowych.
6. W przypadku uznania, że Pani/Pana prawa zostały naruszone ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
7. Podanie danych osobowych jest obligatoryjne w oparciu o aktualnie obowiązujące przepisy, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne.
8. Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych Osobowych – Jerzy Nowak, tel.: 52 585 4078, e-mail: je.nowak@jurasza.pl

.....
Data i czytelny podpis Oferenta

OFERTA

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę w Oddziale Klinicznym Anestezjologii
i Intensywnej Terapii dla Dzieci
– Zakres 5**

I. DANE O OFERENCIE:

| | | |
|---------------------------|--------------------|--|
| FIRMA | | |
| Imię i nazwisko | | |
| ADRES DZIAŁALNOŚCI | Kod pocztowy | |
| | Poczta | |
| | Miejscowość | |
| | Ulica | |
| | Nr domu/mieszkania | |
| REGON | | |
| NIP | | |
| Telefon | | |

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1. Jest wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
2. Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.
3. Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert.
4. Nie toczą się wobec niego żadne postępowania sądowe ani postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, związane z wykonywanym zawodem.
5. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym, na dzień złożenia oferty.
6. Wyraża zgodę na umieszczenie w ogłoszeniu Udzielającego zamówienia o rozstrzygnięciu konkursu ofert danych Oferenta zgodnie z art. 151 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

III. WARUNKI:

1. za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:
 - 1) **PLN** za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z harmonogramem.
2. proponowany czas trwania umowy: **od 02.09.2019 r. do 31.08.2022 r.**

Umowa zostanie zawarta z oferentem wyłonionym w postępowaniu konkursowym, po 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 (druk kwestionariusz osobowego dla wyłonionego oferenta w postępowaniu konkursowym udostępniony będzie do uzupełnienia w Biurze Podawczym Szpitala przy ul. M. Skłodowskiej-Curie 9).

IV. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

1. kserokopia dyplomu;
2. kserokopia dyplomu specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
3. kserokopia prawa wykonywania zawodu (jeżeli dotyczy);
4. zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (jeżeli dotyczy);
5. polisa od odpowiedzialności podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
6. orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do udzielania świadczeń zdrowotnych na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy,
7. kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia - kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego (jeżeli dotyczy);
8. certyfikat ochrony radiologicznej pacjenta (jeżeli dotyczy);
9. dokumenty potwierdzające staż pracy.

Oświadczenia i dokumenty złożone w języku obcym powinny być przetłumaczone przez tłumacza przysięgłego. Kserokopia tekstu tłumaczenia wraz z kserokopią dokumentu oryginalnego należy dołączyć do oferty.

Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętką imienną.

.....
podpis Oferenta

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy.
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia postępowania konkursowego na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z Ustawą o działalności leczniczej oraz Ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i przepisów wykonawczych - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. a, b, c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
3. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
4. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres zgodny z przepisami.
5. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania a także prawo do cofnięcia zgody, chyba, że przepisy prawa nakazują będą przechowywanie danych osobowych.
6. W przypadku uznania, że Pani/Pana prawa zostały naruszone ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
7. Podanie danych osobowych jest obowiązkowe w oparciu o aktualnie obowiązujące przepisy, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne.
8. Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych Osobowych – Jerzy Nowak, tel.: 52 585 4078, e-mail: je.nowak@jurasza.pl

.....
Data i czytelny podpis Oferenta

OFERTA

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę w Klinice Chirurgii Naczyniowej i Angiologii
– Zakres 6**

I. DANE O OFERENCIE:

| | | |
|---------------------------|--------------------|--|
| FIRMA | | |
| Imię i nazwisko | | |
| ADRES DZIAŁALNOŚCI | Kod pocztowy | |
| | Poczta | |
| | Miejscowość | |
| | Ulica | |
| | Nr domu/mieszkania | |
| REGON | | |
| NIP | | |
| Telefon | | |

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1. Jest wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
2. Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.
3. Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert.
4. Nie toczą się wobec niego żadne postępowania sądowe ani postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, związane z wykonywanym zawodem.
5. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym, na dzień złożenia oferty.
6. Wyraża zgodę na umieszczenie w ogłoszeniu Udzielającego zamówienia o rozstrzygnięciu konkursu ofert danych Oferenta zgodnie z art. 151 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

III. WARUNKI:

1. za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:
 - 1) **PLN** za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z harmonogramem.
2. proponowany czas trwania umowy: **od 16.09.2019 r. do 31.08.2022 r.**

Umowa zostanie zawarta z oferentem wyłonionym w postępowaniu konkursowym, po weryfikacji umieszczenia Oferenta w Rejestrze Sprawców Przystępstw 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 (druk kwestionariusz osobowego dla wyłonionego oferenta w postępowaniu konkursowym udostępniony będzie do uzupełnienia w Biurze Podawczym Szpitala przy ul. M. Skłodowskiej-Curie 9).

IV. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

1. kserokopia dyplomu;
2. kserokopia dyplomu specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
3. kserokopia prawa wykonywania zawodu (jeżeli dotyczy);
4. zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (jeżeli dotyczy);
5. polisa od odpowiedzialności podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
6. orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do udzielania świadczeń zdrowotnych na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy,
7. kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia - kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego (jeżeli dotyczy);
8. certyfikat ochrony radiologicznej pacjenta (jeżeli dotyczy);
9. dokumenty potwierdzające staż pracy.

Oświadczenia i dokumenty złożone w języku obcym powinny być przetłumaczone przez tłumacza przysięgłego. Kserokopia tekstu tłumaczenia wraz z kserokopią dokumentu oryginalnego należy dołączyć do oferty.

Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętką imienną.

.....
podpis Oferenta

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy.
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia postępowania konkursowego na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z Ustawą o działalności leczniczej oraz Ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i przepisów wykonawczych - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. a, b, c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
3. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
4. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres zgodny z przepisami.
5. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania a także prawo do cofnięcia zgody, chyba, że przepisy prawa nakazywać będą przechowywanie danych osobowych.
6. W przypadku uznania, że Pani/Pana prawa zostały naruszone ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
7. Podanie danych osobowych jest obligatoryjne w oparciu o aktualnie obowiązujące przepisy, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne.
8. Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych Osobowych – Jerzy Nowak, tel.: 52 585 4078, e-mail: je.nowak@jurasza.pl

.....
Data i czytelny podpis Oferenta

OFERTA

na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki w Klinice Neurochirurgii,
Neurotraumatologii i Neurochirurgii Dziecięcej
– Zakres 7.1.; 7.2.*

*- właściwy zakres zakreślić

I. DANE O OFERENCIE:

| | | |
|---------------------------|--------------------|--|
| FIRMA | | |
| Imię i nazwisko | | |
| ADRES DZIAŁALNOŚCI | Kod pocztowy | |
| | Poczta | |
| | Miejscowość | |
| | Ulica | |
| | Nr domu/mieszkania | |
| REGON | | |
| NIP | | |
| Telefon | | |

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1. Jest wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
2. Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.
3. Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert.
4. Nie toczą się wobec niego żadne postępowania sądowe ani postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, związane z wykonywanym zawodem.
5. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym, na dzień złożenia oferty.
6. Wyraża zgodę na umieszczenie w ogłoszeniu Udzielającego zamówienia o rozstrzygnięciu konkursu ofert danych Oferenta zgodnie z art. 151 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

III. WARUNKI:

1. za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:
 - 1) **PLN** za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z harmonogramem.
2. proponowany czas trwania umowy: **od 01.09.2019 r. do 31.08.2022 r.**

Umowa zostanie zawarta z oferentem wyłonionym w postępowaniu konkursowym, po 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 (druk kwestionariusz osobowego dla wyłonionego oferenta w postępowaniu konkursowym udostępniony będzie do uzupełnienia w Biurze Podawczym Szpitala przy ul. M. Skłodowskiej-Curie 9).

IV. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

1. kserokopia dyplomu;
2. kserokopia dyplomu specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
3. kserokopia prawa wykonywania zawodu (jeżeli dotyczy);
4. zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (jeżeli dotyczy);
5. polisa od odpowiedzialności podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
6. orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do udzielania świadczeń zdrowotnych na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy,
7. kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia - kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego (jeżeli dotyczy);
8. certyfikat ochrony radiologicznej pacjenta (jeżeli dotyczy);
9. dokumenty potwierdzające staż pracy.

Oświadczenia i dokumenty złożone w języku obcym powinny być przetłumaczone przez tłumacza przysięgłego. Kserokopia tekstu tłumaczenia wraz z kserokopią dokumentu oryginalnego należy dołączyć do oferty.

Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętą imienną.

.....
podpis Oferenta

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy.
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia postępowania konkursowego na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z Ustawą o działalności leczniczej oraz Ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i przepisów wykonawczych - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. a, b, c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
3. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
4. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres zgodny z przepisami.
5. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania a także prawo do cofnięcia zgody, chyba, że przepisy prawa nakazywać będą przechowywanie danych osobowych.
6. W przypadku uznania, że Pani/Pana prawa zostały naruszone ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
7. Podanie danych osobowych jest obligatoryjne w oparciu o aktualnie obowiązujące przepisy, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne.
8. Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych Osobowych – Jerzy Nowak, tel.: 52 585 4078, e-mail: je.nowak@jurasza.pl

.....
Data i czytelny podpis Oferenta

OFERTA

na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki w Klinice Urologii Ogólnej
i Onkologicznej

– Zakres 8.1.; 8.2.*

*- właściwy zakres zakreślić

I. DANE O OFERENCIE:

| | | |
|---------------------------|--------------------|--|
| FIRMA | | |
| Imię i nazwisko | | |
| ADRES DZIAŁALNOŚCI | Kod pocztowy | |
| | Poczta | |
| | Miejscowość | |
| | Ulica | |
| | Nr domu/mieszkania | |
| REGON | | |
| NIP | | |
| Telefon | | |

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1. Jest wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
2. Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.
3. Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert.
4. Nie toczą się wobec niego żadne postępowania sądowe ani postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, związane z wykonywanym zawodem.
5. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym, na dzień złożenia oferty.
6. Wyraża zgodę na umieszczenie w ogłoszeniu Udzielającego zamówienia o rozstrzygnięciu konkursu ofert danych Oferenta zgodnie z art. 151 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

III. WARUNKI:

1. za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:
 - 1) **PLN** za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z harmonogramem.
2. proponowany czas trwania umowy: **od 01.09.2019 r. do 31.08.2022 r.**

Umowa zostanie zawarta z oferentem wyłonionym w postępowaniu konkursowym, po 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 (druk kwestionariusz osobowego dla wyłonionego oferenta w postępowaniu konkursowym udostępniony będzie do uzupełnienia w Biurze Podawczym Szpitala przy ul. M. Skłodowskiej-Curie 9).

IV. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

1. kserokopia dyplomu;
2. kserokopia dyplomu specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
3. kserokopia prawa wykonywania zawodu (jeżeli dotyczy);
4. zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (jeżeli dotyczy);
5. polisa od odpowiedzialności podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
6. orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do udzielania świadczeń zdrowotnych na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy,
7. kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia - kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego (jeżeli dotyczy);
8. certyfikat ochrony radiologicznej pacjenta (jeżeli dotyczy);
9. dokumenty potwierdzające staż pracy.

Oświadczenia i dokumenty złożone w języku obcym powinny być przetłumaczone przez tłumacza przysięgłego. Kserokopia tekstu tłumaczenia wraz z kserokopią dokumentu oryginalnego należy dołączyć do oferty.

Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętą imienną.

.....
podpis Oferenta

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy.
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia postępowania konkursowego na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z Ustawą o działalności leczniczej oraz Ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i przepisów wykonawczych - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. a, b, c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
3. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
4. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres zgodny z przepisami.
5. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania a także prawo do cofnięcia zgody, chyba, że przepisy prawa nakazywać będą przechowywanie danych osobowych.
6. W przypadku uznania, że Pani/Pana prawa zostały naruszone ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
7. Podanie danych osobowych jest obligatoryjne w oparciu o aktualnie obowiązujące przepisy, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne.
8. Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych Osobowych – Jerzy Nowak, tel.: 52 585 4078, e-mail: je.nowak@jurasza.pl

.....
Data i czytelny podpis Oferenta

OFERTA

na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki/położne w ramach Kliniki Kardiologii
– Zakres 9.1.; 9.2.*

*- właściwy zakres zakreślić

I. DANE O OFERENCIE:

| | | |
|---------------------------|--------------------|--|
| FIRMA | | |
| Imię i nazwisko | | |
| ADRES DZIAŁALNOŚCI | Kod pocztowy | |
| | Poczta | |
| | Miejscowość | |
| | Ulica | |
| | Nr domu/mieszkania | |
| REGON | | |
| NIP | | |
| Telefon | | |

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1. Jest wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
2. Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.
3. Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert.
4. Nie toczą się wobec niego żadne postępowania sądowe ani postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, związane z wykonywanym zawodem.
5. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym, na dzień złożenia oferty.
6. Wyraża zgodę na umieszczenie w ogłoszeniu Udzielającego zamówienia o rozstrzygnięciu konkursu ofert danych Oferenta zgodnie z art. 151 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

III. WARUNKI:

1. za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:
 - 1) **PLN** za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z harmonogramem.
2. proponowany czas trwania umowy: **od 01.09.2019 r. do 31.08.2022 r.**

Umowa zostanie zawarta z oferentem wyłonionym w postępowaniu konkursowym, po 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 (druk kwestionariusz osobowego dla wyłonionego oferenta w postępowaniu konkursowym udostępniony będzie do uzupełnienia w Biurze Podawczym Szpitala przy ul. M. Skłodowskiej-Curie 9).

IV. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

1. kserokopia dyplomu;
2. kserokopia dyplomu specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
3. kserokopia prawa wykonywania zawodu (jeżeli dotyczy);
4. zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (jeżeli dotyczy);
5. polisa od odpowiedzialności podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
6. orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do udzielania świadczeń zdrowotnych na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy,
7. kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia - kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego (jeżeli dotyczy);
8. certyfikat ochrony radiologicznej pacjenta (jeżeli dotyczy);
9. dokumenty potwierdzające staż pracy.

Oświadczenia i dokumenty złożone w języku obcym powinny być przetłumaczone przez tłumacza przysięgłego. Kserokopia tekstu tłumaczenia wraz z kserokopią dokumentu oryginalnego należy dołączyć do oferty.

Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętą imienną.

.....
podpis Oferenta

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy.
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia postępowania konkursowego na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z Ustawą o działalności leczniczej oraz Ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i przepisów wykonawczych - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. a, b, c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
3. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
4. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres zgodny z przepisami.
5. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania a także prawo do cofnięcia zgody, chyba, że przepisy prawa nakazywać będą przechowywanie danych osobowych.
6. W przypadku uznania, że Pani/Pana prawa zostały naruszone ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
7. Podanie danych osobowych jest obligatoryjne w oparciu o aktualnie obowiązujące przepisy, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne.
8. Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych Osobowych – Jerzy Nowak, tel.: 52 585 4078, e-mail: je.nowak@jurasza.pl

.....
Data i czytelny podpis Oferenta

OFERTA

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez ratownika medycznego w ramach Kliniki Kardiologii
– Zakres 10**

I. DANE O OFERENCIE:

| | | |
|---------------------------|--------------------|--|
| FIRMA | | |
| Imię i nazwisko | | |
| ADRES DZIAŁALNOŚCI | Kod pocztowy | |
| | Pocztą | |
| | Miejscowość | |
| | Ulica | |
| | Nr domu/mieszkania | |
| REGON | | |
| NIP | | |
| Telefon | | |

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1. Jest wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
2. Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.
3. Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert.
4. Nie toczą się wobec niego żadne postępowania sądowe ani postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, związane z wykonywanym zawodem.
5. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym, na dzień złożenia oferty.
6. Wyraża zgodę na umieszczenie w ogłoszeniu Udzielającego zamówienia o rozstrzygnięciu konkursu ofert danych Oferenta zgodnie z art. 151 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

III. WARUNKI:

1. za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:
 - 1) **PLN** za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z harmonogramem.
2. proponowany czas trwania umowy: **od 01.09.2019 r. do 31.08.2022 r.**

Umowa zostanie zawarta z oferentem wyłonionym w postępowaniu konkursowym, po 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 (druk kwestionariusz osobowego dla wyłonionego oferenta w postępowaniu konkursowym udostępniony będzie do uzupełnienia w Biurze Podawczym Szpitala przy ul. M. Skłodowskiej-Curie 9).

IV. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

1. kserokopia dyplomu;
2. kserokopia dyplomu specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
3. kserokopia prawa wykonywania zawodu (jeżeli dotyczy);
4. zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (jeżeli dotyczy);
5. polisa od odpowiedzialności podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
6. orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do udzielania świadczeń zdrowotnych na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy,
7. kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia - kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego (jeżeli dotyczy);
8. certyfikat ochrony radiologicznej pacjenta (jeżeli dotyczy);
9. dokumenty potwierdzające staż pracy.

Oświadczenia i dokumenty złożone w języku obcym powinny być przetłumaczone przez tłumacza przysięgłego. Kserokopia tekstu tłumaczenia wraz z kserokopią dokumentu oryginalnego należy dołączyć do oferty.

Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętą imienną.

.....
podpis Oferenta

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy.
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia postępowania konkursowego na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z Ustawą o działalności leczniczej oraz Ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i przepisów wykonawczych - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. a, b, c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
3. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
4. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres zgodny z przepisami.
5. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania a także prawo do cofnięcia zgody, chyba, że przepisy prawa nakazywać będą przechowywanie danych osobowych.
6. W przypadku uznania, że Pani/Pana prawa zostały naruszone ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
7. Podanie danych osobowych jest obligatoryjne w oparciu o aktualnie obowiązujące przepisy, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne.
8. Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych Osobowych – Jerzy Nowak, tel.: 52 585 4078, e-mail: je.nowak@jurasza.pl

.....
Data i czytelny podpis Oferenta

OFERTA

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez ratownika medycznego w ramach Kliniki Medycyny
Ratunkowej w Pracowni Terapii Hiperbarycznej
– Zakres 11**

I. DANE O OFERENCIE:

| | | |
|---------------------------|--------------------|--|
| FIRMA | | |
| Imię i nazwisko | | |
| ADRES DZIAŁALNOŚCI | Kod pocztowy | |
| | Poczta | |
| | Miejscowość | |
| | Ulica | |
| | Nr domu/mieszkania | |
| REGON | | |
| NIP | | |
| Telefon | | |

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1. Jest wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
2. Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.
3. Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert.
4. Nie toczą się wobec niego żadne postępowania sądowe ani postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, związane z wykonywanym zawodem.
5. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym, na dzień złożenia oferty.
6. Wyraża zgodę na umieszczenie w ogłoszeniu Udzielającego zamówienia o rozstrzygnięciu konkursu ofert danych Oferenta zgodnie z art. 151 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

III. WARUNKI:

1. za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:
 - 1) **PLN** za 1 godzinę wykonywania procedur w Pracowni Terapii Hiperbarycznej.
2. proponowany czas trwania umowy: **od 01.09.2019 r. do 31.08.2022 r.**

Umowa zostanie zawarta z oferentem wyłonionym w postępowaniu konkursowym, po weryfikacji umieszczenia Oferenta w Rejestrze Sprawców Przystępstw 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 (druk kwestionariusz osobowego dla wyłonionego oferenta w postępowaniu konkursowym udostępniony będzie do uzupełnienia w Biurze Podawczym Szpitala przy ul. M. Skłodowskiej-Curie 9).

IV. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

1. kserokopia dyplomu;
2. kserokopia dyplomu specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
3. kserokopia prawa wykonywania zawodu (jeżeli dotyczy);
4. zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (jeżeli dotyczy);
5. polisa od odpowiedzialności podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
6. orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do udzielania świadczeń zdrowotnych na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy,
7. kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia - kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego (jeżeli dotyczy);
8. certyfikat ochrony radiologicznej pacjenta (jeżeli dotyczy);
9. dokumenty potwierdzające staż pracy.

Oświadczenia i dokumenty złożone w języku obcym powinny być przetłumaczone przez tłumacza przysięgłego. Kserokopia tekstu tłumaczenia wraz z kserokopią dokumentu oryginalnego należy dołączyć do oferty.

Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętą imienną.

.....
podpis Oferenta

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy.
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia postępowania konkursowego na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z Ustawą o działalności leczniczej oraz Ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i przepisów wykonawczych - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. a, b, c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
3. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
4. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres zgodny z przepisami.
5. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania a także prawo do cofnięcia zgody, chyba, że przepisy prawa nakazywać będą przechowywanie danych osobowych.
6. W przypadku uznania, że Pani/Pana prawa zostały naruszone ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
7. Podanie danych osobowych jest obligatoryjne w oparciu o aktualnie obowiązujące przepisy, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne.
8. Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych Osobowych – Jerzy Nowak, tel.: 52 585 4078, e-mail: je.nowak@jurasza.pl

.....
Data i czytelny podpis Oferenta

OFERTA

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez ratownika medycznego w Klinice Kardiologii j
– Zakres 12**

I. DANE O OFERENCIE:

| | | |
|---------------------------|--------------------|--|
| FIRMA | | |
| Imię i nazwisko | | |
| ADRES DZIAŁALNOŚCI | Kod pocztowy | |
| | Pocztą | |
| | Miejscowość | |
| | Ulica | |
| | Nr domu/mieszkania | |
| REGON | | |
| NIP | | |
| Telefon | | |

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1. Jest wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
2. Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.
3. Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert.
4. Nie toczą się wobec niego żadne postępowania sądowe ani postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, związane z wykonywanym zawodem.
5. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym, na dzień złożenia oferty.
6. Wyraża zgodę na umieszczenie w ogłoszeniu Udzielającego zamówienia o rozstrzygnięciu konkursu ofert danych Oferenta zgodnie z art. 151 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

III. WARUNKI:

1. za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:
 - 1) **PLN** za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z harmonogramem.
2. proponowany czas trwania umowy: **od 01.09.2019 r. do 31.08.2022 r.**

Umowa zostanie zawarta z oferentem wyłonionym w postępowaniu konkursowym, po 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 (druk kwestionariusz osobowego dla wyłonionego oferenta w postępowaniu konkursowym udostępniony będzie do uzupełnienia w Biurze Podawczym Szpitala przy ul. M. Skłodowskiej-Curie 9).

IV. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

1. kserokopia dyplomu;
2. kserokopia dyplomu specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
3. kserokopia prawa wykonywania zawodu (jeżeli dotyczy);
4. zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (jeżeli dotyczy);
5. polisa od odpowiedzialności podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
6. orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do udzielania świadczeń zdrowotnych na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy,
7. kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia - kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego (jeżeli dotyczy);
8. certyfikat ochrony radiologicznej pacjenta (jeżeli dotyczy);
9. dokumenty potwierdzające staż pracy.

Oświadczenia i dokumenty złożone w języku obcym powinny być przetłumaczone przez tłumacza przysięgłego. Kserokopia tekstu tłumaczenia wraz z kserokopią dokumentu oryginalnego należy dołączyć do oferty.

Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętką imienną.

.....
podpis Oferenta

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy.
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia postępowania konkursowego na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z Ustawą o działalności leczniczej oraz Ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i przepisów wykonawczych - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. a, b, c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
3. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
4. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres zgodny z przepisami.
5. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania a także prawo do cofnięcia zgody, chyba, że przepisy prawa nakazywać będą przechowywanie danych osobowych.
6. W przypadku uznania, że Pani/Pana prawa zostały naruszone ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
7. Podanie danych osobowych jest obligatoryjne w oparciu o aktualnie obowiązujące przepisy, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne.
8. Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych Osobowych – Jerzy Nowak, tel.: 52 585 4078, e-mail: je.nowak@jurasza.pl

.....
Data i czytelny podpis Oferenta