

numer postępowania: **NHR.2017.120.21**

Bydgoszcz, dnia 10 maja 2017 r.

Postępowanie konkursowe prowadzone będzie w oparciu o przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t. j. Dz. U. z 2016 poz. 1638), oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2015 poz. 581)

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT

Przedmiotem konkursu są następujące świadczenia:

ZAKRES 1- świadczenia zdrowotne udzielane przez pielęgniarkę w Klinice Rehabilitacji:

Kod CPV: 85121000-3, 85110000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85141200-1.

Miejsce udzielania świadczeń:

- **Klinika Rehabilitacji**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- udokumentowany 5 letni staż pracy w zawodzie.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług medycznych w zakresie czynności pielęgniarskich.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do 240 godzin miesięcznie na osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem .

ZAKRES 2 - świadczenia zdrowotne udzielane przez pielęgniarki w Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii:

Kod CPV: 85121000-3, 85110000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85141200-1.

Miejsce udzielania świadczeń:

- **Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 2 osób z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- udokumentowany aktualny kurs z zakresu krwiodawstwa i krwiolecznictwa.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie czynności pielęgniarskich.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do 204 godzin miesięcznie na osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

ZAKRES 3 - świadczenia zdrowotne udzielane przez pielęgniarkę w Klinice Chorób Oczu.

Kod CPV: 85121000-3, 85110000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85141200-1.

Miejsce udzielania świadczeń:

- **Klinika Chorób Oczu.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- udokumentowany 3 letni staż pracy w oddziale okulistycznym,
- kurs specjalistyczny wykonania i interpretacji zapisu elektrokardiograficznego.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie czynności pielęgniarskich oraz w zakresie czynności pielęgniarskich obejmujących przygotowanie pacjenta do zabiegu a także asystowanie podczas zabiegu u pacjentów z AMD w godzinach popołudniowych.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do 240 godzin miesięcznie na osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

ZAKRES 4 - świadczenia zdrowotne udzielane przez pielęgniarki w ramach Kliniki Kardiologii.

Kod CPV: 85121000-3, 85110000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85141200-1.

4.1 Miejsce udzielania świadczeń:

- **Klinika Kardiologii.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 2 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- udokumentowane doświadczenie w zawodzie pielęgniarki.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie czynności pielęgniarskich.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do 120 godzin miesięcznie na osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

4.2 Miejsce udzielania świadczeń:

- **Klinika Kardiologii.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- udokumentowany aktualny kurs z zakresu krwiodawstwa i krwiolecznictwa.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług medycznych w zakresie czynności pielęgniarskich.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do 140 godzin miesięcznie na osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

4.3 Miejsce udzielania świadczeń:

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

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- udokumentowane roczne doświadczenie w pracy w zawodzie pielęgniarki.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług medycznych w zakresie czynności pielęgniarskich.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do 84 godzin miesięcznie na osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

4.4 Miejsce udzielania świadczeń:

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

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- udokumentowane roczne doświadczenie w zawodzie pielęgniarki.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług medycznych w zakresie czynności pielęgniarskich.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do 120 godzin miesięcznie na osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

ZAKRES 5 - świadczenia zdrowotne udzielane przez pielęgniarkę w Klinice Chirurgii Wątroby i Chirurgii Ogólnej.

Kod CPV: 85121000-3, 85110000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85141200-1.

Miejsce udzielania świadczeń:

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

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- doświadczenie w pracy na oddziale o profilu zabiegowym (chirurgicznym) lub intensywnej terapii,
- specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub anestezjologicznego i intensywnej terapii.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług medycznych w zakresie czynności pielęgniarskich.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do 160 godzin miesięcznie na osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

ZAKRES 6 - świadczenia zdrowotne udzielane przez pielęgniarki w Klinice Neurochirurgii, Neurotraumatologii i Neurochirurgii Dziecięcej.

Kod CPV: 85121000-3, 85110000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85141200-1.

Miejsce udzielania świadczeń:

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

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 2 osób z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- dyplom magistra pielęgniarstwa,
- doświadczenie w pracy na oddziale o profilu zabiegowym – chirurgicznym.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie czynności pielęgniarских.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do 120 godzin miesięcznie na osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

ZAKRES 7 - świadczenia zdrowotne udzielane przez pielęgniarkę w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicy.

Kod CPV: 85121000-3, 85110000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85141200-1.

Miejsce udzielania świadczeń:

- **Zakład Opiekuńczo – Lecznicy.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- doświadczenie zawodowe w opiece nad osobami starszymi.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie czynności pielęgnacyjnych, opiekuńczych oraz diagnostycznych.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do 180 godzin miesięcznie na osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

ZAKRES 8 - świadczenia zdrowotne udzielane przez pielęgniarkę w Klinice Kardiochirurgii.

Kod CPV: 85121000-3, 85110000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85141200-1.

Miejsce udzielania świadczeń:

- **Klinika Kardiochirurgii.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- dyplom magistra pielęgniarstwa lub licencjata pielęgniarstwa,
- udokumentowane 5 letnie doświadczenie zawodowe na bloku operacyjnym.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie czynności pielęgniarских.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do 240 godzin miesięcznie na osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

ZAKRES 9 - świadczenia zdrowotne udzielane przez pielęgniarki w ramach Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii.

Kod CPV: 85121000-3, 85110000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85141200-1.

Miejsce udzielania świadczeń:

- **Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii – podległe poradnie.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 2 osób z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- udokumentowane 2 letnie doświadczenie zawodowe w oddziale o profilu pediatrycznym.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie czynności pielęgniarskich.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do 80 godzin miesięcznie na osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

ZAKRES 10 - świadczenia zdrowotne udzielane przez pielęgniarkę w ramach Kliniki Psychiatrii.

Kod CPV: 85121000-3, 85110000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85141200-1.

Miejsce udzielania świadczeń:

- **Oddział Psychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoba z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- dyplom magistra pielęgniarstwa,
- udokumentowane 3 letnie doświadczenie w zawodzie pielęgniarki.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie czynności pielęgniarskich.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do 120 godzin miesięcznie na osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

ZAKRES 11 - świadczenia zdrowotne udzielane przez pielęgniarkę w Klinice I Oddziale Klinicznym Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Pododdziałem Kadioanestezjologii.

Kod CPV: 85121000-3, 85110000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85141200-1.

Miejsce udzielania świadczeń:

- **I Oddziale Klinicznym Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Pododdziałem Kadioanestezjologii.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoba z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- dyplom licencjata pielęgniarstwa,
- udokumentowany aktualny kurs z zakresu krwiodawstwa i krwiolecznictwa,
- pozytywna opinia z poprzedniego miejsca pracy.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie czynności pielęgniarских.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do 240 godzin miesięcznie na osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

ZAKRES 12 - świadczenia zdrowotne udzielane przez pielęgniarkę w Klinice Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej.

Kod CPV: 85121000-3, 85110000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85141200-1.

Miejsce udzielania świadczeń:

- **Klinika Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoba z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- udokumentowany aktualny kurs z zakresu krwiodawstwa i krwiolecznictwa

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie czynności pielęgniarских.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do 120 godzin miesięcznie na osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

ZAKRES 13 - świadczenia zdrowotne udzielane przez pielęgniarki w Zakładzie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej.

Kod CPV: 85121000-3, 85110000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85141200-1.

Miejsce udzielania świadczeń:

- **Zakład Radiologii i Diagnostyki Obrazowej.**

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

- udokumentowany 5 letni staż pracy w zawodzie pielęgniarki,
- udokumentowana znajomość obsługi strzykawk automatycznych podłączonych aparatów rentgenowskich w zakładzie radiologii i diagnostyki obrazowej oraz na salach operacyjnych,
- potwierdzona zaświadczeniem z ostatniego miejsca pracy znajomość wykonywania procedur pielęgniarских na Sali hybrydowej w pracowni DSA, TK, MR oraz pracowni konwencjonalnej.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie czynności pielęgniarских z zakresu diagnostyki obrazowej w pracowni konwencjonalnej, TK, MR, DSA, i na salach operacyjnych.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do 240 godzin miesięcznie na osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

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

- udokumentowany 5 letni staż pracy w zawodzie pielęgniarki,
- udokumentowana znajomość obsługi strzykawk automatycznych podłączonych aparatów rentgenowskich w zakładzie radiologii i diagnostyki obrazowej oraz na salach operacyjnych,
- potwierdzona zaświadczeniem z ostatniego miejsca pracy znajomość wykonywania procedur pielęgniarstwa na Sali hybrydowej w pracowni DSA, TK, MR oraz pracowni konwencjonalnej.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie czynności pielęgniarstwa z zakresu diagnostyki obrazowej w pracowni konwencjonalnej, TK, MR, DSA, i na salach operacyjnych.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do 170 godzin miesięcznie na osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

13.3 Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 3 osób z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- udokumentowany 5 letni staż pracy w zawodzie pielęgniarki,
- udokumentowana znajomość obsługi strzykawk automatycznych podłączonych aparatów rentgenowskich w zakładzie radiologii i diagnostyki obrazowej oraz na salach operacyjnych,
- potwierdzona zaświadczeniem z ostatniego miejsca pracy znajomość wykonywania procedur pielęgniarstwa na Sali hybrydowej w pracowni DSA, TK, MR oraz pracowni konwencjonalnej.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie czynności pielęgniarstwa z zakresu diagnostyki obrazowej w pracowni konwencjonalnej, TK, MR, DSA, i na salach operacyjnych.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do 130 godzin miesięcznie na osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

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

- udokumentowany 5 letni staż pracy w zawodzie pielęgniarki,
- udokumentowana znajomość obsługi strzykawk automatycznych podłączonych aparatów rentgenowskich w zakładzie radiologii i diagnostyki obrazowej oraz na salach operacyjnych,
- potwierdzona zaświadczeniem z ostatniego miejsca pracy znajomość wykonywania procedur pielęgniarstwa na Sali hybrydowej w pracowni DSA, TK, MR oraz pracowni konwencjonalnej.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie czynności pielęgniarstwa z zakresu diagnostyki obrazowej w pracowni konwencjonalnej, TK, MR, DSA, i na salach operacyjnych.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do 120 godzin miesięcznie na osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

ZAKRES 14 - świadczenia zdrowotne udzielane przez psychoterapeutów w ramach Kliniki Psychiatrii.

Kod CPV: 85121000-3, 85110000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85121270-6, 85121271-3.

14.1 Miejsce udzielania świadczeń:

- **Oddział Psychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- tytuł magistra psychologii,
- certyfikat psychoterapeuty potwierdzający odbycie szkolenia w zakresie oddziaływań psychoterapeutycznych mających zastosowanie w leczeniu zaburzeń zdrowia, w szczególności metodą terapii psychodynamicznej, poznawczo-behawioralnej lub systemowej, lub
- udokumentowane co najmniej 2 letnie szkolenie podyplomowe w zakresie oddziaływań psychoterapeutycznych mających zastosowanie w leczeniu zaburzeń zdrowia, w szczególności metodą terapii psychodynamicznej, poznawczo-behawioralnej lub systemowej oraz udokumentowany staż realizowany pod nadzorem osoby posiadający certyfikat psychoterapeuty.
- udokumentowane 5 letnie doświadczenie w pracy z dziećmi i młodzieżą z zaburzeniami psychicznymi.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług medycznych w zakresie psychoterapii oraz psychologii.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do 80 godzin miesięcznie na osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

14.2 Miejsce udzielania świadczeń:

- **Ośrodek Zaburzeń Psychiczych, Lękowych i Afektywnych - Oddział Zaburzeń Lękowych i Afektywnych,**
- **Poradnia Zdrowia Psychicznego.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- tytuł magistra psychologii,
- certyfikat psychoterapeuty potwierdzający odbycie szkolenia w zakresie oddziaływań psychoterapeutycznych mających zastosowanie w leczeniu zaburzeń zdrowia, w szczególności metodą terapii psychodynamicznej, poznawczo-behawioralnej lub systemowej, lub
- udokumentowane co najmniej 2 letnie szkolenie podyplomowe w zakresie oddziaływań psychoterapeutycznych mających zastosowanie w leczeniu zaburzeń zdrowia, w szczególności metodą terapii psychodynamicznej, poznawczo-behawioralnej lub systemowej oraz udokumentowany staż realizowany pod nadzorem osoby posiadający certyfikat psychoterapeuty,
- udokumentowane ukończone co najmniej 2 letnie szkolenie w zakresie psychoterapii na poziomie międzynarodowym.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług medycznych w zakresie psychoterapii oraz diagnostyki psychologicznej.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do 120 godzin miesięcznie na osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

ZAKRES 15 - świadczenia zdrowotne udzielane przez technika elektroradiologii w Zakładzie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej.

Kod CPV: 85121000-3, 85110000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85150000-5.

Miejscem udzielania świadczeń jest:

Zakład Radiologii i Diagnostyki Obrazowej.

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoby z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- tytuł magistra elektroradiologii,
- aktualny kurs ochrony radiologicznej pacjenta potwierdzony aktualnym certyfikatem,
- 3 letni staż zawodowy potwierdzony zaświadczeniem z ostatniego miejsca pracy,
- znajomość obsługi aparatów cyfrowych bezpośrednich, skanerów MR, systemów GE, Optima i Signa, aparatów śródoperacyjnych typu Arcadis Varic, Brivo, aparatu śródoperacyjnego TK, przyłóżkowych cyfrowych, TK wieloenergetycznego GE potwierdzona zaświadczeniem z ostatniego miejsca pracy.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie elektroradiologii polegające na diagnostyce obrazowej w pracowni konwencjonalnej, TK, MR oraz gotowość do udzielania świadczeń medycznych w formie wezwania na telefon, do obsługi aparatu śródoperacyjnego TK w dni powszednie od godz. 15:00 do 7:00, oraz w soboty niedziele i święta od godz. 7:00 do godz. 7:00.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do 170 godzin miesięcznie na osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem.

ZAKRES 16 - świadczenia zdrowotne udzielane przez ratownika medycznego w Klinice Kardiologii.

Kod CPV: 85121000-3, 85110000-0, 85112000-7, 85120000-6.

Miejsce udzielania świadczeń:

- **Klinika Kardiologii.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie 1 osoba z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- udokumentowany 3 letni doświadczenia zawodowego w zakresie kardiologii.

Przedmiot zamówienia obejmuje:

- świadczenie usług zdrowotnych w zakresie czynności ratownictwa medycznego.

Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do 204 godzin miesięcznie na 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 pieczętką 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 nr 2 lub nr 3 lub nr 4 lub nr 5 lub nr 6 lub nr 7 lub nr 8 lub nr 9 lub nr 10 lub nr 11 lub nr 12 lub nr 13 lub nr 14 lub nr 15 lub nr 16 lub nr 17,
 - 2) dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe (zgodne z zał. nr 1 lub nr 2 lub nr 3 lub nr 4 lub nr 5 lub nr 6 lub nr 7 lub nr 8 lub nr 9 lub nr 10 lub nr 11 lub nr 12 lub nr 13 lub nr 14 lub nr 15 lub nr 16 lub nr 17).
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 10.05.2017 r. do 16.05.2017 r. do godz. 10:30

(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.2017.120.21 na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie
ogłoszenia (należy wpisać nr zakresu, na który składana jest oferta)
nie otwierać przed 16.05.2017 r. godz. 11:00 ”***

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.2017.120.21 na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ogłoszenia (należy wpisać nr zakresu, na który składana jest oferta)”*** 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: Jowita Kokocha, Marlena Nawrot oraz Aleksandra Borucka (tel. 52 585 49 55 w godzinach od 09:00 do 14:00).

MIEJSCE I TERMIN OTWARCIA OFERT

1. Otwarcia ofert dokona Komisja konkursowa **w dniu 16.05.2017 r. do godz. 11:00** w siedzibie udzielającego zamówienia – w obecności przybyłych Oferentów. Obecność Oferentów nie jest obowiązkowa.
2. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi **do dnia 19.05.2017 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 unieważnienia konkursu na każdym jego etapie oraz 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. Umowy na świadczenie usług zawarte zostaną **w zakresie 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 14, 16 od 01.06.2017 r. do 31.05.2020 r., w zakresie 8, 12, 13, 15 od 01.07.2017 r. do 30.06.2020 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

.....
Pieczęć nagłówkowa oferenta

OFERTA

na świadczenia zdrowotne udzielane przez pielęgniarkę w Klinice Rehabilitacji – w zakresie 1

I. DANE O OFERENCIE:

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu		
ADRES	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
Telefon		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

pod numerem NIP.....

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 i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... PLN za 1 godzinę dyżuru w dni robocze oraz dni świąteczne zgodnie z harmonogramem.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.06.2017 r. do 31.05.2020 r.**

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1) kserokopia dyplomu;
- 2) kserokopia dyplomu specjalizacji (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk pielęgniarek i położnych;
- 5) polisa od odpowiedzialności podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy 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) dokumenty potwierdzające staż pracy.

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

.....
Podpis Oferenta

.....
Pieczęć nagłówkowa oferenta

OFERTA

**na świadczenia zdrowotne udzielane przez pielęgniarki w Klinice Anestezjologii
i Intensywnej Terapii
Zakres 2**

I. DANE O OFERENCIE:

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu		
ADRES	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
Telefon		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

pod numerem NIP.....

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 i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... PLN za 1 godzinę dyżuru w dni robocze oraz dni świąteczne zgodnie z harmonogramem,

..... PLN za udział w zespole znieczuleniowym przy przeszczepieniu wątroby.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 1.06.2017 r. do 31.05.2020 r.**

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1) kserokopia dyplomu;
- 2) kserokopia dyplomu specjalizacji (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk pielęgniarek i położnych;
- 5) polisa od odpowiedzialności podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy 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) dokumenty potwierdzające staż pracy.

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

.....
Podpis Oferenta

.....
Pieczęć nagłówkowa oferenta

OFERTA

na świadczenia zdrowotne udzielane przez pielęgniarkę w Klinice Chorób Oczu Zakres 3

I. DANE O OFERENCIE:

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu		
ADRES	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
Telefon		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

pod numerem NIP.....

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 i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... PLN za 1 godzinę dyżuru w dni robocze oraz dni świąteczne zgodnie z harmonogramem.

..... PLN za 1 wykonaną procedurę związaną z przygotowaniem pacjenta do zabiegu a także asystowaniem podczas zabiegu u pacjenta z AMD.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.06.2017 r. do 31.05.2020 r.**

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1) kserokopia dyplomu;
- 2) kserokopia dyplomu specjalizacji (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk pielęgniarek i położnych;
- 5) polisa od odpowiedzialności podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy 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) dokumenty potwierdzające staż pracy.

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

.....
Podpis Oferenta

.....
Pieczęć nagłówkowa oferenta

OFERTA

**na świadczenia zdrowotne udzielane przez pielęgniarki w ramach Kliniki Kardiologii
Zakres 4.1 / 4.2 / 4.3 / 4.4 ***

*** - właściwe podkreślić**

I. DANE O OFERENCIE:

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu		
ADRES	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
Telefon		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

pod numerem NIP.....

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 i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... PLN za 1 godzinę dyżuru w dni robocze oraz dni świąteczne zgodnie z harmonogramem.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.06.2017 r. do 31.05.2020 r.**

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1) kserokopia dyplomu;
- 2) kserokopia dyplomu specjalizacji (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk pielęgniarek i położnych;
- 5) polisa od odpowiedzialności podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy 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) dokumenty potwierdzające staż pracy.

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

.....
Podpis Oferenta

.....
Pieczęć nagłówkowa oferenta

OFERTA

**na świadczenia zdrowotne udzielane przez pielęgniarkę w Klinice Chirurgii Wątroby
i Chirurgii Ogólnej
Zakres 5**

I. DANE O OFERENCIE:

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu		
ADRES	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
Telefon		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

pod numerem NIP.....

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 i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

.....**PLN** za 1 godzinę dyżuru w dni robocze oraz dni świąteczne zgodnie z harmonogramem.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.06.2017 r. do 31.05.2020 r.**

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1) kserokopia dyplomu;
- 2) kserokopia dyplomu specjalizacji (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk pielęgniarek i położnych;
- 5) polisa od odpowiedzialności podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy 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) dokumenty potwierdzające staż pracy.

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

.....
Podpis Oferenta

.....
Pieczęć nagłówkowa oferenta

OFERTA

**na świadczenia zdrowotne udzielane przez pielęgniarki w Klinice Neurochirurgii,
Neurotraumatologii i Neurochirurgii Dziecięcej
Zakres 6**

I. DANE O OFERENCIE:

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu		
ADRES	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
Telefon		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

pod numerem NIP.....

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 i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... PLN za 1 godzinę dyżuru w dni robocze oraz dni świąteczne zgodnie z harmonogramem.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.06.2017 r. do 31.05.2020 r.**

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1) kserokopia dyplomu;
- 2) kserokopia dyplomu specjalizacji (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk pielęgniarek i położnych;
- 5) polisa od odpowiedzialności podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy 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) dokumenty potwierdzające staż pracy.

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

.....
Podpis Oferenta

.....
Pieczęć nagłwkowa oferenta

OFERTA

**na świadczenia zdrowotne udzielane przez pielęgniarkę w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicy.
Zakres 7**

I. DANE O OFERENCIE:

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu		
ADRES	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
Telefon		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

pod numerem NIP.....

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 i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... PLN za 1 godzinę dyżuru w dni robocze oraz dni świąteczne zgodnie z harmonogramem.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.06.2017 r. do 31.05.2020 r.**

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1) kserokopia dyplomu;
- 2) kserokopia dyplomu specjalizacji (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk pielęgniarek i położnych;
- 5) polisa od odpowiedzialności podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy 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) dokumenty potwierdzające staż pracy.

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

.....
Podpis Oferenta

.....
Pieczęć nagłówkowa oferenta

OFERTA

**na świadczenia zdrowotne udzielane przez pielęgniarkę w Klinice Kardiologii.
Zakres 8**

I. DANE O OFERENCIE:

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu		
ADRES	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
Telefon		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

pod numerem NIP.....

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 i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... PLN za 1 godzinę dyżuru w dni robocze oraz dni świąteczne zgodnie z harmonogramem.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.07.2017 r. do 30.06.2020 r.**

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1) kserokopia dyplomu;
- 2) kserokopia dyplomu specjalizacji (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk pielęgniarek i położnych;
- 5) polisa od odpowiedzialności podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy 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) dokumenty potwierdzające staż pracy.

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

.....
Podpis Oferenta

.....
Pieczęć nagłówkowa oferenta

OFERTA

**na świadczenia zdrowotne udzielane przez pielęgniarki w ramach Kliniki Pediatrii, Hematologii
i Onkologii.
Zakres 9**

I. DANE O OFERENCIE:

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu		
ADRES	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
Telefon		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

pod numerem NIP.....

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 i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... PLN za 1 godzinę dyżuru w dni robocze oraz dni świąteczne zgodnie z harmonogramem.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.06.2017 r. do 31.05.2020 r.**

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1) kserokopia dyplomu;
- 2) kserokopia dyplomu specjalizacji (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk pielęgniarek i położnych;
- 5) polisa od odpowiedzialności podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy 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) dokumenty potwierdzające staż pracy.

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

.....
Podpis Oferenta

.....
Pieczęć nagłówkowa oferenta

OFERTA

**na świadczenia zdrowotne udzielane przez pielęgniarkę w ramach Kliniki Psychiatrii.
Zakres 10**

I. DANE O OFERENCIE:

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu		
ADRES	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
Telefon		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

pod numerem NIP.....

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 i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... PLN za 1 godzinę dyżuru w dni robocze oraz dni świąteczne zgodnie z harmonogramem.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.06.2017 r. do 31.05.2020 r.**

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1) kserokopia dyplomu;
- 2) kserokopia dyplomu specjalizacji (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk pielęgniarek i położnych;
- 5) polisa od odpowiedzialności podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy 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) dokumenty potwierdzające staż pracy.

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

.....
Podpis Oferenta

.....
Pieczęć nagłówkowa oferenta

OFERTA

**na świadczenia zdrowotne udzielane przez pielęgniarkę w Klinice I Oddziale Klinicznym
Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Pododdziałem Kadioanestezjologii.
Zakres 11**

I. DANE O OFERENCIE:

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu		
ADRES	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
Telefon		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

pod numerem NIP.....

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 i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... PLN za 1 godzinę dyżuru w dni robocze oraz dni świąteczne zgodnie z harmonogramem.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.06.2017 r. do 31.05.2020 r.**

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1) kserokopia dyplomu;
- 2) kserokopia dyplomu specjalizacji (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk pielęgniarek i położnych;
- 5) polisa od odpowiedzialności podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy 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) dokumenty potwierdzające staż pracy.

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

.....
Podpis Oferenta

.....
Pieczęć nagłówkowa oferenta

OFERTA

**na świadczenia zdrowotne udzielane przez pielęgniarkę w Klinice Chirurgii Plastycznej,
Rekonstrukcyjnej i Estetycznej.
Zakres 12**

I. DANE O OFERENCIE:

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu		
ADRES	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
Telefon		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

pod numerem NIP.....

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 i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... PLN za 1 godzinę dyżuru w dni robocze oraz dni świąteczne zgodnie z harmonogramem.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.07.2017 r. do 30.06.2020 r.**

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1) kserokopia dyplomu;
- 2) kserokopia dyplomu specjalizacji (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk pielęgniarek i położnych;
- 5) polisa od odpowiedzialności podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy 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) dokumenty potwierdzające staż pracy.

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

.....
Podpis Oferenta

.....
Pieczęć nagłówkowa oferenta

OFERTA

**na świadczenia zdrowotne udzielane przez pielęgniarki w Zakładzie Radiologii i Diagnostyki
Obrazowej.
Zakres 13**

I. DANE O OFERENCIE:

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu		
ADRES	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
Telefon		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

pod numerem NIP.....

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 i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... PLN za 1 godzinę dyżuru w dni robocze oraz dni świąteczne zgodnie z harmonogramem.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.07.2017 r. do 30.06.2020 r.**

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1) kserokopia dyplomu;
- 2) kserokopia dyplomu specjalizacji (jeżeli dotyczy);
- 3) kserokopia prawa wykonywania zawodu;
- 4) zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk pielęgniarek i położnych;
- 5) polisa od odpowiedzialności podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 6) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy 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) dokumenty potwierdzające staż pracy.

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

.....
Podpis Oferenta

.....
Pieczęć nagłówkowa oferenta

OFERTA

**na świadczenia zdrowotne udzielane przez psychoterapeutów w ramach Kliniki Psychiatrii.
Zakres 14.1**

I. DANE O OFERENCIE:

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu		
ADRES	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
Telefon		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

pod numerem NIP.....

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 i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń medycznych w dni robocze, soboty, niedziele i święta zgodnie z harmonogramem.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.06.2017 r. do 31.05.2020 r.**

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1) kserokopia dyplomu;
- 2) kserokopia dyplomu specjalizacji (jeżeli dotyczy);
- 3) polisa od odpowiedzialności podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 4) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy,
- 5) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia - kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego (jeżeli dotyczy);
- 6) dokumenty potwierdzające staż pracy.

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

.....
Podpis Oferenta

.....
Pieczęć nagłówkowa oferenta

OFERTA

**na świadczenia zdrowotne udzielane przez psychoterapeutów w ramach Kliniki Psychiatrii.
Zakres 14.2**

I. DANE O OFERENCIE:

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu		
ADRES	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
Telefon		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

pod numerem NIP.....

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 i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń medycznych w dni robocze zgodnie z harmonogramem.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.06.2017 r. do 31.05.2020 r.**

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1) kserokopia dyplomu;
- 2) kserokopia dyplomu specjalizacji (jeżeli dotyczy);
- 3) polisa od odpowiedzialności podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 4) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy,
- 5) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia - kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego (jeżeli dotyczy);
- 6) dokumenty potwierdzające staż pracy.

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

.....
Podpis Oferenta

.....
Pieczęć nagłówkowa oferenta

OFERTA

**na świadczenia zdrowotne udzielane przez technika elektroradiologii w Zakładzie Radiologii
i Diagnostyki Obrazowej.
Zakres 15**

I. DANE O OFERENCIE:

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu		
ADRES	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
Telefon		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

pod numerem NIP.....

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 i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... PLN zryczałtowana kwota za 1 godzinę udzielania świadczeń w pracowni konwencjonalnej,

..... PLN zryczałtowana kwota za 1 godzinę udzielania świadczeń TK,

..... PLN zryczałtowana kwota za 1 godzinę udzielania świadczeń MR,

..... PLN zryczałtowana kwota za 1 godzinę udzielania świadczeń na wezwanie, celem obsługi aparatu śródoperacyjnego od momentu rozpoczęcia procedury w siedzibie Udzielającego zamówienia.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.07.2017 r. do 30.06.2020 r.**

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1) kserokopia dyplomu;
- 2) kserokopia dyplomu specjalizacji (jeżeli dotyczy);
- 3) polisa od odpowiedzialności podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 4) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy,
- 5) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia - kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego (jeżeli dotyczy);
- 6) dokumenty potwierdzające staż pracy.

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

.....
Podpis Oferenta

.....
Pieczęć nagłwkowa oferenta

OFERTA
świadczenia zdrowotne udzielane przez ratownika medycznego w Klinice Kardiochirurgii.
Zakres 16

I. DANE O OFERENCIE:

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu		
ADRES	Kod pocztowy	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
REGON		
Telefon		

II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1) Jest wpisany do:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

pod numerem NIP.....

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 i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenie:

..... PLN za 1 godzinę dyżuru w dni robocze oraz dni świąteczne zgodnie z harmonogramem.

4) proponowany czas trwania umowy: **od 01.06.2017 r. do 31.05.2020 r.**

III. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1) kserokopia dyplomu;
- 2) kserokopia dyplomu specjalizacji (jeżeli dotyczy);
- 3) polisa od odpowiedzialności podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
- 4) zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy,
- 5) kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia - kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego (jeżeli dotyczy);
- 6) dokumenty potwierdzające staż pracy.

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

.....
Podpis Oferenta