



nr postępowania: **NHR.2025.120.28**

11.08.2025 r.

**DYREKTOR**

**Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza  
w Bydgoszczy, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9**

*działając na podstawie przepisu art. 26 i 27 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, oraz Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych*

**Informuję o modyfikacji Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert w postępowaniu konkursowym  
nr NHR.2025.120.28**

*W Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert dotyczących postępowania nr NHR.2025.120.28, wprowadza się następujące zmiany:*

**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 w formie elektronicznej zgodnie ze standardem określonym w art. 14 ustawy z dnia 5 września 2016 r. o usługach zaufania oraz identyfikacji elektronicznej, 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 od dnia 01.09.2025 r. do dnia 31.08.2028 r., w zakresie nr 2 od dnia 01.09.2025 r. do dnia 31.08.2030 r., w zakresie nr 3 od dnia 01.09.2025 r. do dnia 31.08.2028 r., w zakresie nr 4 od dnia 01.09.2025 r. do dnia 31.08.2028 r., w zakresie nr 5 od dnia 01.09.2025 r. do dnia 31.08.2030 r.**

Załącznik nr 4 do SWKO

**OFERTA**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki/rzy w Klinice Anestezjologii  
i Intensywnej Terapii. – Zakres 4.1/ 4.2/4.3/4.4/4.5/4.6/4.7/4.8/4.9/**

**\*właściwe zakreślić**

**I. DANE O OFERENCIE:**

<b>FIRMA</b>		
<b>Imię i nazwisko</b>		
<b>ADRES DZIAŁALNOŚCI</b>	Kod pocztowy	
	Poczta	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr domu/mieszkania	
<b>REGON</b>		
<b>NIP</b>		
<b>Telefon</b>		
<b>Adres poczty elektronicznej do przekazywania dokumentów w formie elektronicznej</b>		

**II. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:**

1. Jest wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub Krajowego Rejestru Sądowego.
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 oraz zawarcie umowy w formie elektronicznej.
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 proponuję następujące wynagrodzenie:
  - ..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy,
  - ..... PLN za udział w zespole znieczuleniowym przy pobraniu narządu/ów,
  - ..... PLN za udział w zespole znieczuleniowym przy przeszczepieniu wątroby,
  - ..... PLN za udział w zespole znieczuleniowym przy przeszczepieniu nerki,
  - ..... PLN za przygotowanie sali gdy nie dojdzie do przeszczepu,
  - ..... PLN za 1 godzinę opieki nad pacjentem po przeszczepie wątroby tylko za pierwsze 3 doby,
  - ..... % stawki godz. za zabiegi planowane po godz. 15:00 (LUO, LCN) poza swoim dyżurem,
  - .....% stawki godz. za zabiegi planowane po godz. 15:00 (LUO, LCN) w trakcie dyżuru,
  - .....% stawki godz. za zabiegi po godz. 15:00 przedłużające się,
  - ..... PLN dodatek za 1 godzinę udzielania świadczeń - kliniki anestezjologiczne.

2. Proponowany czas trwania umowy: **od dnia 01.09.2025 r. do dnia 31.08.2028 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 kwestionariusza osobowego dla wyłonionego oferenta w postępowaniu konkursowym udostępniony będzie do uzupełnienia w Biurze Podawczym Szpitala przy ul. M. Skłodowskiej-Curie 9) w komórkach organizacyjnych szpitala wskazanych w ust. IV. pkt.10.

#### **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 wystawione przez lekarza medycyny pracy 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,
10. informacja z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego (dotyczy udzielania świadczeń zdrowotnych w Klinice Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii, w Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii, w Klinice Chirurgii Dziecięcej, w Oddziale Klinicznym Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci, w Klinice Chorób Oczu, w Klinice Neurochirurgii, Neurotraumatologii i Neurochirurgii Dziecięcej, w Klinice Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu, w Klinice Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej, w Klinice Medycyny Ratunkowej, w Klinice Psychiatrii, w Klinice Rehabilitacji, w Zespole Sal Operacyjnych, w Zespole Poradni Specjalistycznych, w Zakładzie Endoskopii i Badań Czynności Przewodu Pokarmowego Wieku Rozwojowego, w Zakładzie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej) lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy.

**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 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku, zwanego dalej „RODO” informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy.
2. Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych Osobowych lub jego zastępcy: e-mail: [iod@jurasza.pl](mailto:iod@jurasza.pl)
3. 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 RODO.

4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
5. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres zgodny z przepisami.
6. 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.
7. W przypadku uznania, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO, ma Pani/ Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Podanie danych osobowych jest obowiązkowe w oparciu o aktualnie obowiązujące przepisy, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne.

.....

Data i czytelny podpis Oferenta

DYREKTOR ds. PIELĘGNIARSTWA  
Szpitala Uniwersyteckiego nr 1  
im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy  
*mgr Mirosława Ziółkowska*

[Dokument podpisany elektronicznie]