

numer postępowania: **NHR.2026.120.7**

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT

*Postępowanie konkursowe prowadzone będzie w oparciu o przepisy **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***

Przedmiotem konkursu są następujące świadczenia:

ZAKRES 1 - udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii przez lekarzy specjalistów w Oddziale Klinicznym Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci.

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

Miejscem udzielania świadczeń jest:

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

1.1 Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie **2 osób** z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni robocze od 7:25 do 15:00 **do 40 godzin miesięcznie/przez 1 osobę** zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

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

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie pediatrii,
- specjalizacja I stopnia w zakresie/dziedzinie anestezjologii intensywnej terapii.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni robocze od 7:25 do 13:00 **do 120 godzin miesięcznie/przez 1 osobę** zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

ZAKRES 2 – udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w ramach Zespołu Poradni Specjalistycznych.

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

2.1 Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Zespół Poradni Specjalistycznych - Poradnia Genetyczna.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie **5 osób** z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie genetyki klinicznej lub
- w trakcie specjalizacji w zakresie/dziedzinie genetyki klinicznej.

Przedmiot konkursu obejmuje ambulatoryjne udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie genetyki klinicznej w dni robocze zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

2.2 Miejsce udzielania świadczeń:

- **Zespół Poradni Specjalistycznych - Poradnia Kardiologiczna.**

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie **2 osób** z określonymi kwalifikacjami zawodowymi:

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie kardiologii lub
- specjalizacja w zakresie/dziedzinie hipertensjologii lub
- w trakcie specjalizacji w zakresie/dziedzinie kardiologii lub
- w trakcie specjalizacji w zakresie/dziedzinie hipertensjologii,
- udokumentowane, potwierdzone umiejętności wykonywania badań echokardiograficznych.

Przedmiot konkursu obejmuje ambulatoryjne udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii w dni robocze zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

2.3 Miejsce udzielania świadczeń:

- **Zespół Poradni Specjalistycznych - Poradnia Ginekologii i Położnictwa.**

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

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie położnictwa i ginekologii lub
- specjalizacja w zakresie/dziedzinie ginekologii onkologicznej lub
- specjalizacja I stopnia w zakresie/dziedzinie położnictwa i ginekologii lub
- w trakcie specjalizacji w zakresie/dziedzinie położnictwa i ginekologii lub
- w trakcie specjalizacji w zakresie/dziedzinie ginekologii onkologicznej.

Przedmiot konkursu obejmuje ambulatoryjne udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ginekologii w dni robocze zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

ZAKRES 3 - udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie onkologii klinicznej przez lekarza specjalistę w komórkach organizacyjnych Szpitala.

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

Miejsce udzielania świadczeń jest:

- **komórki organizacyjne Szpitala.**

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

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie onkologii klinicznej.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w formie konsultacji medycznych z zakresu onkologii klinicznej zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

ZAKRES 4 - udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie patomorfologii przez lekarza specjalistę w Zakładzie Patomorfologii Klinicznej.

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

Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Zakład Patomorfologii Klinicznej.**

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

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie patomorfologii,
- udokumentowane min. 5-letnie doświadczenie w samodzielnej diagnostyce patomorfologicznej.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w formie wykonywania badań z zakresu patomorfologii zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

ZAKRES 5 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez psychologów w ramach Kliniki Psychiatrii.

Kod CPV: 85121000-3, 85111000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85121271-3.

5.1. Miejsce udzielania świadczeń:

- **Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży w ramach Kliniki Psychiatrii.**

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

- tytuł magistra psychologii,
- udokumentowany min. 1 rok doświadczenia w pracy psychologicznej w placówce udzielającej świadczeń w zakresie psychiatrii dzieci i młodzieży.

Przedmiot zamówienia obejmuje świadczenie usług medycznych w zakresie psychologii dzieci i młodzieży. Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do **120 godzin kwartalnie/przez 1 osobę** zgodnie z harmonogramem pracy.

5.2. Miejsce udzielania świadczeń:

- **Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży w ramach Kliniki Psychiatrii.**

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

- tytuł magistra psychologii,
- udokumentowane doświadczenie w zakresie diagnostyki dzieci i młodzieży z zaburzeniami ze spektrum autyzmu,
- udokumentowany min. 1 rok doświadczenia w pracy psychologicznej w placówce udzielającej świadczeń w zakresie psychiatrii dzieci i młodzieży.

Przedmiot zamówienia obejmuje świadczenie usług medycznych w zakresie psychologii dzieci i młodzieży. Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do **160 godzin kwartalnie/przez 1 osobę** zgodnie z harmonogramem pracy.

5.3. Miejsce udzielania świadczeń:

- **Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży w ramach Kliniki Psychiatrii.**

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

- tytuł magistra psychologii,
- udokumentowane doświadczenie w zakresie diagnostyki dzieci i młodzieży z zaburzeniami ze spektrum autyzmu,
- udokumentowany min. 1 rok doświadczenia w pracy psychologicznej w placówce udzielającej świadczeń w zakresie psychiatrii dzieci i młodzieży.

Przedmiot zamówienia obejmuje świadczenie usług medycznych w zakresie psychologii dzieci i młodzieży. Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do **120 godzin kwartalnie/przez 1 osobę** zgodnie z harmonogramem pracy.

ZAKRES 6 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę/rza w Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

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

Miejsce udzielania świadczeń:

- **Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii.**

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

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie anestezjologii i intensywnej opieki,
- udokumentowane min 5-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 pracy.

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 oraz Kodeksu cywilnego.
- 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 zobowiązuje 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 Załącznik nr 2 lub Załącznik nr 3 lub Załącznik nr 4 lub Załącznik nr 5 lub Załącznik nr 6 lub Załącznik nr 7 lub Załącznik nr 8 lub Załącznik nr 9,
 - 2) dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe (zgodne z Załącznikiem nr 1 lub Załącznikiem nr 2 lub Załącznikiem nr 3 lub Załącznikiem nr 4 lub Załącznikiem nr 5 lub Załącznikiem nr 6 lub Załącznikiem nr 7 lub Załącznikiem nr 8 lub Załącznikiem nr 9).
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 06.02.2026 r. do 12.02.2026 r. do godz. 09:30

(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.2026.120.7 na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ogłoszenia nie otwierać przed 12.02.2026 r. godz. 10:00”
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.2026.120.7 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: Aleksandra Borucka-Delik, Weronika Nowak, Agnieszka Jankowska, Anna Lubiszewska, Jagienka Ziółkowska, Kamila Nowak, Paulina Szyszka (tel. 52 585 41 63, 52 585 40 91, 52 585 40 92, 52 585 77 22, 52 585 41 62, 52 585 41 60, 52 585 41 61 w godzinach od 09:00 do 14:00).

MIEJSCE I TERMIN OTWARCIA OFERT

1. Otwarcia ofert dokona Komisja konkursowa w dniu 12.02.2026 r. o godz. 10:00 w siedzibie udzielającego zamówienia – w obecności przybyłych Oferentów. Obecność Oferentów nie jest obowiązkowa.
2. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi do dnia 17.02.2026 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.

ROZSTRZYGNIĘCIE 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 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. Umowy na świadczenie usług zawarte zostaną **w zakresie nr 1.1 od dnia 01.03.2026r. do dnia 28.02.2029 r., w zakresie nr 1.2 od dnia 01.03.2026 r. do dnia 29.02.2028 r., w zakresie nr 2 od dnia 01.03.2026 r. do dnia 28.02.2029 r, w zakresie nr 3 od dnia 01.03.2026r. do dnia 28.02.2031r., w zakresie nr 4 od dnia 01.03.2026r. do dnia 29.02.2028 r., w zakresie nr 5 od dnia 01.03.2026r. do dnia 28.02.2027 r., w zakresie nr 6 od dnia 01.03.2026r. do dnia 28.02.2029 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 hab. n. med. Beata Sulikowska prof. UMK
[Dokument podpisany elektronicznie]

OFERTA

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii przez lekarzy specjalistów w Oddziale Klinicznym Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci – Zakres 1.1

I. DANE O OFERENCIE:

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

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** zryczałtowana kwota za 1 godzinę udzielanie świadczeń zdrowotnych w oddziale w dni robocze zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.
2. Proponowany czas trwania umowy: **od dnia 01.03.2026 r. do dnia 28.02.2029 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, Onkologii, Immunologii i Transplantologii, 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 Czynnościowych Przewodu Pokarmowego Wieków Rozwojowych, w Zakładzie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej, Klinice Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, Poradnie: Alergologiczna dla Dzieci, Anestezjologiczna, Chirurgii Dziecięcej, Chirurgii Naczyń, Chirurgii Plastycznej, Chorób Oczu dla Dzieci, Dermatologii i Wenerologii, Fakomatoz, Gastroenterologiczna dla Dzieci, Hematoonkologiczna dla Dzieci, Immunologiczna dla Dzieci, Nefrologiczna dla Dzieci, Neurochirurgiczna, Onkologiczna dla Dzieci, Ortopedyczna dla Dzieci, Otolaryngologiczna, Psychologiczna, Pulmonologiczna dla Dzieci, Rehabilitacji, Transplantacji Szpiku Kostnego dla Dzieci, Urologiczna, Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży, Centralny Punkt Pobierania Materiału, Pracownia Endoskopii) 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
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

OFERTA

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii przez lekarzy specjalistów w Oddziale Klinicznym Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci – Zakres 1.2

I. DANE O OFERENCIE:

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

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 zryczałtowana kwota za 1 godzinę udzielanie świadczeń zdrowotnych w oddziale w dni robocze zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.
2. Proponowany czas trwania umowy: **od dnia 01.03.2026 r. do dnia 29.02.2028 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, Onkologii, Immunologii i Transplantologii, 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 Czynnościowych Przewodu Pokarmowego Wieków Rozwojowego, w Zakładzie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej, Klinice Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, Poradnie: Alergologiczna dla Dzieci, Anestezjologiczna, Chirurgii Dziecięcej, Chirurgii Naczyń, Chirurgii Plastycznej, Chorób Oczu dla Dzieci, Dermatologii i Wenerologii, Fakomatoz, Gastroenterologiczna dla Dzieci, Hematoonkologiczna dla Dzieci, Immunologiczna dla Dzieci, Nefrologiczna dla Dzieci, Neurochirurgiczna, Onkologiczna dla Dzieci, Ortopedyczna dla Dzieci, Otolaryngologiczna, Psychologiczna, Pulmonologiczna dla Dzieci, Rehabilitacji, Transplantacji Szpiku Kostnego dla Dzieci, Urologiczna, Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży, Centralny Punkt Pobierania Materiału, Pracownia Endoskopii) 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
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

OFERTA

na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w ramach Zespołu Poradni Specjalistycznych – Zakres 2.1

I. DANE O OFERENCIE:

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

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:

- 1) W zakresach:

Świadczenia w zakresie genetyki – świadczenia pierwszorazowe oraz

Świadczenia w zakresie genetyki oraz,

Badania genetyczne - świadczenia udzielane osobom do ukończenia 18 –go roku życia (świadczenia finansowane odrębnie w PSZ) obejmuje:

.....% - wartości świadczenia płatnego przez płatnika publicznego za osobiście wykonane świadczenia w Poradni Genetycznej we wskazanych zakresach.

- 2) W zakresie:

Badania genetyczne (wykonane osobom od 18-go roku życia), obejmuje:

.....% - wartości świadczenia płatnego przez płatnika publicznego za osobiście wykonane świadczenia w Poradni Genetycznej we wskazanym zakresie do wysokości limitu miesięcznego 35 945,00 punktu. W przypadku niewykorzystania limitu w danym miesiącu niewykorzystana jego część będzie przechodziła na następny miesiąc.

W przypadku nadwykoniań badań genetycznych część ponad limit będzie przechodziła na następny miesiąc.

Świadczenia wykonane w powyższym zakresie stanowią będą podstawę do naliczenia należności, do wysokości sumy rocznego limitu świadczenia w Poradni Genetycznej. Wartość jednego punktu wynosi:

1. **1,82 PLN** – badania genetyczne - świadczenia udzielane osobom do ukończenia 18-go roku życia (świadczenia finansowane odrębnie w PSZ),
2. **1,90 PLN** – badania genetyczne (wykonane osobom od 18-go roku życia).

2. Proponowany czas trwania umowy: **od dnia 01.03.2026 r. do dnia 28.02.2029 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, Onkologii, Immunologii i Transplantologii, 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 Czynnościowych Przewodu Pokarmowego Wieków Rozwojowego, w Zakładzie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej, Klinice Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, Poradnie: Alergologiczna dla Dzieci, Anestezjologiczna, Chirurgii Dziecięcej, Chirurgii Naczyń, Chirurgii Plastycznej, Chorób Oczu dla Dzieci, Dermatologii i Wenerologii, Fakomatoz, Gastroenterologiczna dla Dzieci, Hematoonkologiczna dla Dzieci, Immunologiczna dla Dzieci, Nefrologiczna dla Dzieci, Neurochirurgiczna, Onkologiczna dla Dzieci, Ortopedyczna dla Dzieci, Otolaryngologiczna, Psychologiczna, Pulmonologiczna dla Dzieci, Rehabilitacji, Transplantacji Szpiku Kostnego dla Dzieci, Urologiczna, Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży, Centralny Punkt Pobierania Materiału, Pracownia Endoskopii) 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
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

OFERTA

na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w ramach Zespołu Poradni Specjalistycznych – Zakres 2.2

I. DANE O OFERENCIE:

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

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:
 - 1) % wypracowanego wykonania wynikającego z pozytywnej weryfikacji Narodowego Funduszu Zdrowia, według punktacji i stawek za punkt, określonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia obowiązującej w danym okresie rozliczeniowym, na czas trwania umowy za W13, W17, W46,
 - 2) % wypracowanego wykonania wynikającego z pozytywnej weryfikacji Narodowego Funduszu Zdrowia, według punktacji i stawek za punkt, określonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia obowiązującej w danym okresie rozliczeniowym za pozostałe świadczenia w poradni.
2. Proponowany czas trwania umowy: **od dnia 01.03.2026 r. do dnia 28.02.2029 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, Onkologii, Immunologii i Transplantologii, 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 Czynnościowych Przewodu Pokarmowego Wieków Rozwojowego, w Zakładzie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej, Klinice Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, Poradnie: Alergologiczna dla Dzieci, Anestezjologiczna, Chirurgii Dziecięcej, Chirurgii Naczyń, Chirurgii Plastycznej, Chorób Oczu dla Dzieci, Dermatologii i Wenerologii, Fakomatoz, Gastroenterologiczna dla Dzieci, Hematoonkologiczna dla Dzieci, Immunologiczna dla Dzieci, Nefrologiczna dla Dzieci, Neurochirurgiczna, Onkologiczna dla Dzieci, Ortopedyczna dla Dzieci, Otolaryngologiczna, Psychologiczna, Pulmonologiczna dla Dzieci, Rehabilitacji, Transplantacji Szpiku Kostnego dla Dzieci, Urologiczna, Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży, Centralny Punkt Pobierania Materiału, Pracownia Endoskopii) 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
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

Załącznik nr 5 do SWKO

OFERTA

na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w ramach Zespołu Poradni Specjalistycznych – Zakres 2.3

I. DANE O OFERENCIE:

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

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:

..... % wypracowanego wykonania wynikającego z pozytywnej weryfikacji Narodowego Funduszu Zdrowia lub jego następcy prawnego, według punktacji i stawek za punkt, określonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia lub jego następcę prawnego obowiązującej w danym okresie rozliczeniowym, za osobiście wykonanie świadczenia w Poradni z wyłączeniem udzielania świadczeń zdrowotnych w formie porady onkologicznej,
..... PLN za poradę onkologiczną,
..... % wartości porady – porada komercyjna,
..... PLN za konsultację szpitalną,
..... PLN za pobranie materiału do badania cytologicznego w ramach programu profilaktycznego raka szyjki macicy.

2. Proponowany czas trwania umowy: **od dnia 01.03.2026 r. do dnia 28.02.2029 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, Onkologii, Immunologii i Transplantologii, 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 Czynnościowych Przewodu Pokarmowego Wieków Rozwojowego, w Zakładzie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej, Klinice Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, Poradnie: Alergologiczna dla Dzieci, Anestezjologiczna, Chirurgii Dziecięcej, Chirurgii Naczyń, Chirurgii Plastycznej, Chorób Oczu dla Dzieci, Dermatologii i Wenerologii, Fakomatoz, Gastroenterologiczna dla Dzieci, Hematoonkologiczna dla Dzieci, Immunologiczna dla Dzieci, Nefrologiczna dla Dzieci, Neurochirurgiczna, Onkologiczna dla Dzieci, Ortopedyczna dla Dzieci, Otolaryngologii, Psychologiczna, Pulmonologiczna dla Dzieci, Rehabilitacji, Transplantacji Szpiku Kostnego dla Dzieci, Urologiczna, Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży, Centralny Punkt Pobierania Materiału, Pracownia Endoskopii) 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 pieczętką 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
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 obligatoryjne w oparciu o aktualnie obowiązujące przepisy, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne.

.....
Data i czytelny podpis Oferenta

OFERTA

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie onkologii klinicznej przez lekarza specjalistę w komórkach organizacyjnych Szpitala – Zakres 3

I. DANE O OFERENCIE:

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

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 zryczałtowana kwota za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni robocze zgodnie z harmonogramem.
2. Proponowany czas trwania umowy: **od dnia 01.03.2026 r. do dnia 28.02.2031 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, Onkologii, Immunologii i Transplantologii, 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 Czynnościowych Przewodu Pokarmowego Wieku Rozwojowego, w Zakładzie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej, Klinice Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, Poradnie: Alergologiczna dla Dzieci, Anestezjologiczna, Chirurgii Dziecięcej, Chirurgii Naczyń, Chirurgii Plastycznej, Chorób Oczu dla Dzieci, Dermatologii i Wenerologii, Fakomatoz, Gastroenterologiczna dla Dzieci, Hematoonkologiczna dla Dzieci, Immunologiczna dla Dzieci, Nefrologiczna dla Dzieci, Neurochirurgiczna, Onkologiczna dla Dzieci, Ortopedyczna dla Dzieci, Otolaryngologiczna, Psychologiczna, Pulmonologiczna dla Dzieci, Rehabilitacji, Transplantacji Szpiku Kostnego dla Dzieci, Urologiczna, Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży, Centralny Punkt Pobierania Materiału, Pracownia Endoskopii) 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
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

OFERTA

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie patomorfologii przez lekarza specjalistę w Zakładzie Patomorfologii Klinicznej – Zakres 4

I. DANE O OFERENCIE:

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

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:

Stawka	Nazwa procedury
.....PLN	Y90/1 Badanie histopatologiczne podstawowe (ocena)
.....PLN	Y90/10 Barwienie histochemiczne (ocena)
.....PLN	Y90/1A-1C Ocena materiału oligobiopsji (prostata, gastro, pęcherz)
.....PLN	Y90/22 Barwienie i ocena preparatów cytologicznych metodą Papanicolaou
.....PLN	Y90/32 Ocena preparatów cytologii ginekologicznej – pakiet powyżej 100 szt. badań miesięcznie od jednego kontrahenta
.....PLN	Y90/23 BAC wykonanie i ocena mikroskopowa
.....PLN	Y90/29 Wybarwienie rozmazu z oceną (BAC)
.....PLN	Y90/3 Badanie śródoperacyjne - INTRA

.....PLN	Y90/30 Badanie oligobiopsyjne z barwieniem histochemicznym (ocena)
.....PLN	Y90/31 Ocena badania ISH/SIH/CISH /FISH
.....PLN	Y90/4 Konsultacja preparatów histopatologicznych zewnętrzne
.....PLN	Y90/4 Konsultacja preparatów histopatologicznych wewnętrzne
.....PLN	Y90/5 Badanie trepanobiopsji (ocena)
.....PLN	Y90/9 Badanie cytologiczne moczu i innych płynów ustrojowych (ocena)
.....PLN	Y90/11-13 Ocena barwienia immunohistochemicznego
.....PLN	Y90/15 Barwienie immunologiczne (ocena)
.....PLN	Y90/M1-M4 Kwalifikacja do badania molekularnego
.....PLN	Y90/33 Wykonanie cytobloka z oceną (ocena)
.....PLN	Ocena badania introwego – transplantacja (nerek/wątroba)
.....PLN	Y90/25 Badanie autopsyjne

2. Proponowany czas trwania umowy: **od dnia 01.03.2026 r. do dnia 29.02.2028 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, Onkologii, Immunologii i Transplantologii, 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 Czynnościowych Przewodu Pokarmowego Wieków Rozwojowych, w Zakładzie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej, Klinice Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, Poradnie: Alergologiczna dla Dzieci, Anestezjologiczna, Chirurgii Dziecięcej, Chirurgii Naczyń, Chirurgii Plastycznej, Chorób Oczu dla Dzieci, Dermatologii i Wenerologii, Fakomatoz, Gastroenterologiczna dla Dzieci, Hematoonkologiczna dla Dzieci, Immunologiczna dla Dzieci, Nefrologiczna dla Dzieci, Neurochirurgiczna, Onkologiczna dla Dzieci, Ortopedyczna dla Dzieci, Otolaryngologiczna, Psychologiczna, Pulmonologiczna dla Dzieci, Rehabilitacji, Transplantacji Szpiku Kostnego dla Dzieci, Urologiczna, Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży, Centralny Punkt Pobierania Materiału, Pracownia Endoskopii) 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
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

OFERTA

na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez psychologów w ramach Kliniki Psychiatrii – Zakres 5.1/5.2/5.3*

*Właściwe zaznaczyć

I. DANE O OFERENCIE:

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

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:
..... % - procentowy udział (prowizja) w zapłaconej sprzedaży świadczeń zdrowotnych finansowanych przez płatnika publicznego w procedurach wykonanych osobiście w Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży w ramach Kliniki Psychiatrii.
2. Proponowany czas trwania umowy: **od dnia 01.03.2026 r. do dnia 28.02.2027 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, Onkologii, Immunologii i Transplantologii, 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 Czynnościowych Przewodu Pokarmowego Wieków Rozwojowego, w Zakładzie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej, Klinice Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, Poradnie: Alergologiczna dla Dzieci, Anestezjologiczna, Chirurgii Dziecięcej, Chirurgii Naczyń, Chirurgii Plastycznej, Chorób Oczu dla Dzieci, Dermatologii i Wenerologii, Fakomatoz, Gastroenterologiczna dla Dzieci, Hematoonkologiczna dla Dzieci, Immunologiczna dla Dzieci, Nefrologiczna dla Dzieci, Neurochirurgiczna, Onkologiczna dla Dzieci, Ortopedyczna dla Dzieci, Otolaryngologiczna, Psychologiczna, Pulmonologiczna dla Dzieci, Rehabilitacji, Transplantacji Szpiku Kostnego dla Dzieci, Urologiczna, Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży, Centralny Punkt Pobierania Materiału, Pracownia Endoskopii) 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
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

OFERTA

na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę/rza w Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii – Zakres 6

I. DANE O OFERENCIE:

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

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 01.03.2026 r. do dnia 28.02.2029 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, Onkologii, Immunologii i Transplantologii, 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 Czynnościowych Przewodu Pokarmowego Wieków Rozwojowego, w Zakładzie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej, Klinice Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, Poradnie: Alergologiczna dla Dzieci, Anestezjologiczna, Chirurgii Dziecięcej, Chirurgii Naczyń, Chirurgii Plastycznej, Chorób Oczu dla Dzieci, Dermatologii i Wenerologii, Fakomatoz, Gastroenterologiczna dla Dzieci, Hematoonkologiczna dla Dzieci, Immunologiczna dla Dzieci, Nefrologiczna dla Dzieci, Neurochirurgiczna, Onkologiczna dla Dzieci, Ortopedyczna dla Dzieci, Otolaryngologii, Psychologiczna, Pulmonologiczna dla Dzieci, Rehabilitacji, Transplantacji Szpiku Kostnego dla Dzieci, Urologiczna, Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży, Centralny Punkt Pobierania Materiału, Pracownia Endoskopii) 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
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