

numer postępowania: **NHR.2026.120.12**

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.

1.1 Miejscem udzielania świadczeń jest:

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

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie **1 osoby** 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 100 godzin miesięcznie/przez 1 osobę**, a także dyżury medyczne w dni robocze, soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

1.2 Miejscem udzielania świadczeń jest:

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

Udzielający zamówienia przewiduje przyjęcie **1 osoby** 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 80 godzin miesięcznie/przez 1 osobę** zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

ZAKRES 2 - udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii przez lekarza w Oddziale Klinicznym Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci.

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

Miejscem udzielania świadczeń jest:

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

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

- udokumentowane ukończone szkolenie specjalizacyjne w zakresie/dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni robocze od 7:25 do 15:00 **do 140 godzin miesięcznie/przez 1 osobę**, a także dyżury medyczne w dni robocze, soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

ZAKRES 3 - 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 4 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w Klinice Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej.

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

Miejsce udzielania świadczeń:

- **Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej.**

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

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie otorynolaryngologii.
- udokumentowany staż pracy w oddziale zabiegowym.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni robocze od godz. 7:25 do godz. 15:00 **do 140 godzin miesięcznie**/przez 1 osobę, a także dyżury medyczne i gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych, tzw. „dyżury lekarskie pod telefonem” w dni robocze od godz. 15:00 do 7:25 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i święta od godz. 7:25 do godz. 7:25 dnia następnego zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy oraz udzielanie świadczeń w formie konsultacji tzw. konsylium pakietu onkologicznego.

ZAKRES 5 - udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie dermatologii i wenerologii przez lekarza specjalistę w ramach Kliniki Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunodermatologii.

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

Miejscem udzielania świadczeń jest:

- Poradnia Dermatologii i Wenerologii w ramach Kliniki Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunodermatologii.

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

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie dermatologii i wenerologii,
- udokumentowane 3-letnie doświadczenie w pracy w poradni dermatologicznej.

Przedmiot konkursu obejmuje ambulatoryjne udzielanie świadczeń w poradni w dni robocze do **60 godzin** miesięcznie/przez 1 osobę zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

ZAKRES 6 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w ramach Kliniki Psychiatrii.

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

6.1 Miejsce udzielania świadczeń:

- **Klinika Psychiatrii,**
- **Oddział Dzienny Rehabilitacji Psychiatrycznej dla Dzieci i Młodzieży,**
- **Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży.**

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

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży,
- udokumentowane co najmniej 3 letnie doświadczenie w pracy w oddziale dziennym psychiatrii dzieci i młodzieży,

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni robocze w **wymiarze do 330 godzin w kwartale/ przez 1 osobę** w Oddziale Dziennym Rehabilitacji Psychiatrycznej dla Dzieci i Młodzieży oraz w **wymiarze do 90 godzin w kwartale/ przez 1 osobę** w Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

6.2 Miejsce udzielania świadczeń:

- **Klinika Psychiatrii,**
- **Oddział Zaburzeń Lękowych i Afektywnych.**

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

- specjalizacja z zakresu/dziedziny psychiatrii,
- udokumentowane co najmniej 5 letnie doświadczenie w pracy w oddziale leczenia zaburzeń lękowych i afektywnych.

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

ZAKRES 7 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez psychoterapeutę w ramach Kliniki Psychiatrii.

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

Miejsce udzielania świadczeń:

- **Oddział Dzienny Rehabilitacji Psychiatrycznej dla Dzieci i Młodzieży,**
- **Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży.**

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

- ukończone studia magisterskie na kierunku psychologia,
- certyfikat psychoterapeuty lub udokumentowany status osoby uczestniczącej co najmniej 2 lata w podyplomowym szkoleniu w zakresie oddziaływań psychoterapeutycznych mających zastosowanie w leczeniu zaburzeń zdrowia, prowadzonym metodami o udowodnionej naukowo skuteczności w wymiarze co najmniej 1200 godzin (całościowy wymiar szkolenia) albo przed 2007 r. w wymiarze określonym programem tego szkolenia oraz udokumentowane potwierdzenie pracy pod nadzorem osoby posiadającej certyfikat psychoterapeuty,

- udokumentowane co najmniej 2 letnie doświadczenie w pracy psychoterapeutycznej w placówce udzielającej świadczeń w zakresie psychiatrii dzieci i młodzieży.

Przedmiot zamówienia obejmuje świadczenie usług medycznych w zakresie psychologii i psychoterapii dzieci i młodzieży. Przewidywana liczba godzin pracy Przyjmującego zamówienie do **120 godzin** kwartalnie/przez 1 osobę w Oddziale Dziennym Rehabilitacji Psychiatrycznej dla Dzieci i Młodzieży oraz do **150 godzin** kwartalnie/przez 1 osobę w Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży zgodnie z harmonogramem.

ZAKRES 8 - udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii przez lekarza specjalistę w Klinice Medycyny Ratunkowej.

Kod CPV: 85121000-3, 85111000-0, 85112000-7, 85120000-6, 85121100-4, 85121200-5, 85112200-9.

Miejsce udzielania świadczeń:

- **Klinika Medycyny Ratunkowej.**

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

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie kardiologii.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii formie dyżurów stacjonarnych w dni robocze od godz. 7:25 do godz. 15:00 lub od godz. 15:00 do godz. 7:25 następnego dnia oraz w soboty, niedziele i święta od godz. 7:25 do godz. 7:25 następnego dnia w celu zapewnienia obsady linii dyżurowej tzw. „linii dyżurowej internistycznej” zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

ZAKRES 9 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w ramach Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii.

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

Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii,**
- **Poradnie funkcjonujące przy Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii.**

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

- udokumentowane ukończone szkolenie specjalizacyjne w zakresie/dziedzinie pediatrii

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w **zakresie pediatrii** w dni robocze w godzinach **od 8:00 do 15:00** oraz ambulatoryjne udzielanie świadczeń w poradni **do 152 godzin miesięcznie/przez 1 osobę**, a także dyżury medyczne oraz gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych, tzw. „dyżurów lekarskich pod telefonem” w dni robocze w godzinach **od 15:00 do 08:00** dnia następnego, w soboty, niedziele i święta w godzinach **od 8:00 do 8:00** dnia następnego.

ZAKRES 10 - udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej przez lekarza specjalistę w ramach Zakładu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej.

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

Miejsce udzielania świadczeń:

- **Zakład Radiologii i Diagnostyki Obrazowej.**

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

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakładzie w dni robocze **do 130 godzin** miesięcznie/przez 1 osobę, dyżury medyczne, a także w formie gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych tzw. „dyżuru pod telefonem” w dni robocze (w godzinach **od 13:00 do 8:00** dnia następnego), soboty, niedziele i święta (w godzinach **od 8:00 do 8:00** dnia następnego) oraz wykonywanie badań i zabiegów specjalistycznych zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.

ZAKRES 11 - udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w ramach Zespołu Poradni Specjalistycznych.

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

Miejscem udzielania świadczeń jest:

- **Zespół Poradni Specjalistycznych** – Poradnia Żywienia Dojelitowego i Pozajelitowego.

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

- specjalizacja w zakresie/dziedzinie pediatrii,
- udokumentowany ukończony kurs z zakresu żywienia pozajelitowego w warunkach domowych dla dzieci i dorosłych,
- udokumentowane minimum 10-letnie doświadczenie zawodowe w żywieniu klinicznym dzieci i dorosłych w warunkach domowych i szpitalnych.

Przedmiot konkursu obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie żywienia dojelitowego i pozajelitowego w ramach konsultacji lekarskich w warunkach szpitalnych oraz domowych **do 200 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 rozwiązywania umowy o pracę z dniem zawarcia umowy o świadczenia zdrowotne.

Do konkursu mogą przystąpić tylko i wyłącznie osoby spełniające wymagania określone w przepisach szczególnych oraz niniejszych Szczegółowych Warunków Konkursu (dalej SWK). W sprawach nieuregulowanych w SWK stosuje się obowiązujące przepisy prawa.

WYMOGI FORMALNE W ZAKRESIE PRZYGOTOWANIA OFERTY

1. Ofertę należy sporządzić w języku polskim zgodnie z SWK, w formie maszynopisu lub wydruku i dołączyć od niej wymagane załączniki (dopuszczalne jest wypełnienie załączników przy użyciu długopisu lub pióra czytelnym pismem).
2. Oświadczenia i dokumenty złożone w języku obcym powinny być przetłumaczone przez tłumacza przysięgłego. Tekst tłumaczenia wraz z dokumentem oryginalnym należy dołączyć do oferty.
3. Wszelkie poprawki, przekreślenia lub zmiany w ofercie powinny być parafowane przez Oferenta.
4. Formularz ofertowy należy opracować na załączonym druku „OFERTA”.
5. Oferent nie może dokonywać żadnych zmian we wzorze druku „OFERTA”.
6. Do formularza oferty należy dołączyć wszelkie wymagane w SWK dokumenty.
7. Jeżeli dokument przedstawiony jest w postaci kserokopii – konieczne jest jego poświadczenie „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczętą imienną.
8. Udzielający zamówienia może żądać w trakcie postępowania konkursowego oryginału lub notarialnie poświadczonej kopii dokumentu załączonego przez Oferenta wyłącznie wtedy, gdy przedstawiona przez Oferenta kopia dokumentu jest nieczytelna lub budzi wątpliwości co do jej autentyczności.
9. Kompletna oferta powinna składać się z:
 - 1) formularza ofertowego Załącznik nr 1 lub Załącznik nr 2 lub Załącznik nr 3 lub Załącznik nr 4 lub Załącznik nr 5 lub Załącznik nr 6 lub Załącznik nr 7 lub Załącznik nr 8 lub Załącznik nr 9, Załącznik nr 10 lub Załącznik nr 11, lub Załącznik nr 12, lub Załącznik nr 13.
 - 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, lub Załącznikiem nr 10, lub Załącznikiem nr 11, lub Załącznikiem nr 12, lub Załącznikiem nr 13).
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 06.03.2026 r. do 16.03.2026 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.2026.120.12 na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ogłoszenia nie otwierać przed 16.03.2026 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.2026.120.12 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, Iweta Fabiszewska (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, 52 585 4955 w godzinach od 09:00 do 14:00).

MIEJSCE I TERMIN OTWARCIA OFERT

1. Otwarcia ofert dokona Komisja konkursowa w dniu 16.03.2026 r. o godz. 10:00 w siedzibie udzielającego zamówienia – w obecności przybyłych Oferentów. Obecność Oferentów nie jest obowiązkowa.
2. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi do dnia 19.03.2026 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.

ROZSTRZYGNĘCIE KONKURSU

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

ogłoszenia, bez zachowania okresu wypowiedzenia z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy.

TERMIN ZWIĄZANIA OFERTĄ

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

PRAWA UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA

1. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do przesunięcia terminu składania ofert bez podania przyczyny, w tym części/zakresu konkursu.
2. W uzasadnionych przypadkach, przed upływem terminu do składania ofert, Udzielający zamówienia może zmodyfikować treść ogłoszenia oraz dokumentów składających się na SWK dotyczących zmiany terminu składania ofert.
3. O każdej zmianie Udzielający zamówienia zawiadomi niezwłocznie każdego z uczestników postępowania.
4. Oferta musi wyrażać stanowczą wolę oferenta zawarcia umowy 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 01.04.2026 r. do dnia 31.03.2029 r., w zakresie nr 1.2 od dnia 01.04.2026 r. do dnia 31.03.2029 r. w zakresie nr 2 od dnia 01.04.2026 r. do dnia 31.03.2029 r, w zakresie nr 3 od dnia 01.04.2026 r. do dnia 29.02.2028 r., w zakresie nr 4 od dnia 01.04.2026 r. do dnia 31.03.2028 r., w zakresie nr 5 od dnia 01.04.2026 r. do dnia 31.03.2031 r., w zakresie nr 6.1 od dnia 01.04.2026 r. do dnia 30.06.2029 r., w zakresie nr 6.2 od dnia 01.04.2026 r. do dnia 31.03.2031 r., w zakresie nr 7 od dnia 01.04.2026 r. do dnia 30.06.2029 r., w zakresie nr 8 od dnia 01.04.2026 r. do dnia 31.03.2031 r., w zakresie nr 9 od dnia 15.04.2026 r. do dnia 15.04.2029 r., w zakresie nr 10 od dnia 01.04.2026 r. do dnia 30.09.2027 r.; w zakresie nr 11 od dnia 01.04.2026 r. do dnia 31.03.2031 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

udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii przez lekarza specjalistę 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 proponują następujące wynagrodzenie:
 - PLN zryczałtowana kwota za 1 godzinę udzielanie świadczeń zdrowotnych w oddziale w dni robocze zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy,
 - PLN za 1 godzinę udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego w dni robocze zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy,
 - PLN za 1 godzinę udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego w soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.
2. Proponowany czas trwania umowy: **od dnia 01.04.2026 r. do dnia 31.03.2029 r.**
Umowa zostanie zawarta z oferentem wyłonionym w postępowaniu konkursowym, po weryfikacji umieszczenia Oferenta w Rejestrze Sprawców Przepięstw na Tle Seksualnym, co następuje na podstawie udostępnionych przez oferenta danych, zgodnych z § 14 Rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z dnia 13 lipca 2017 r. w sprawie trybu, sposobu i zakresu uzyskiwania i udostępniania informacji z Rejestru z dostępem ograniczonym oraz sposobu zakładania konta użytkownika (druk 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 nakazują 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

udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii przez lekarza specjalistę 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 01.04.2026 r. do dnia 31.03.2029 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

udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii przez lekarza w Oddziale
Klinicznym Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci – Zakres 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,
 - PLN za 1 godzinę udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego w dni robocze zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy,
 - PLN za 1 godzinę udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego w soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.
2. Proponowany czas trwania umowy: **od dnia 01.04.2026 r. do dnia 31.03.2029 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 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: i.od@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

udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie patomorfologii przez lekarza specjalistę
w Zakładzie Patomorfologii Klinicznej – 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:

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/I1-I3 Ocena barwienia immunohistochemicznego
.....PLN	Y90/I5 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

1. Proponowany czas trwania umowy: **od dnia 01.04.2026 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 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 obowiązkowe w oparciu o aktualnie obowiązujące przepisy, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne.

.....
Data i czytelny podpis Oferenta

OFERTA
udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w Klinice Otolaryngologii i Onkologii
Laryngologicznej – 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:
 - 1) **PLN** za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni robocze zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy,
 - 2) **PLN** za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego lub wezwania w dni robocze zgodnie z miesięcznym harmonogramem,
 - 3) **PLN** za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego lub wezwania w soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem,
 - 4) **PLN** za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w formie konsultacji tzw. konsylium onkologicznego (w przypadku konsultacji udzielanej w godzinach udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z ustalonym harmonogramem),
 - 5) **PLN** za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w formie konsultacji tzw. konsylium onkologicznego (w przypadku konsultacji udzielanej poza godzinami udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z ustalonym harmonogramem)

- 6) % za 1 godzinę gotowości w ramach tzw. „dyżuru lekarskiego pod telefonem” w dni robocze, a następnie, czas udzielania świadczeń po stawieniu się w Klinice - 100 % stawki określonej w pkt 2)
 - 7) % za 1 godzinę gotowości w ramach tzw. „dyżuru lekarskiego pod telefonem” w soboty, niedziele i święta, a następnie, czas udzielania świadczeń po stawieniu się w Klinice - 100 % stawki określonej w pkt 3)
2. Proponowany czas trwania umowy: **od dnia 01.04.2026 r. do dnia 31.03.2028 r.**

Umowa zostanie zawarta z oferentem wyłonionym w postępowaniu konkursowym, po weryfikacji umieszczenia Oferenta w Rejestrze Sprawców Przepęstw 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 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 obowiązkowe w oparciu o aktualnie obowiązujące przepisy, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne.

.....
Data i czytelny podpis Oferenta

OFERTA

udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie dermatologii i wenerologii przez lekarza specjalistę w ramach Kliniki Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunodermatologii – Zakres 5

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 poradni w dni robocze zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy
2. Proponowany czas trwania umowy: **od dnia 01.04.2026 r. do dnia 31.03.2031 r.**

Umowa zostanie zawarta z oferentem wyłonionym w postępowaniu konkursowym, po weryfikacji umieszczenia Oferenta w Rejestrze Sprawców Przepływów 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 obligatoryjne w oparciu o aktualnie obowiązujące przepisy, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne.

.....
Data i czytelny podpis Oferenta

OFERTA

udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w ramach Kliniki Psychiatrii – Zakres 6.1

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 proponuje następujące wynagrodzenie:

..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni robocze zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy,

..... % procentowy udział (provizja) w wartości sprawozdanego, przyjętego i wypłaconego wykonania świadczeń zdrowotnych finansowanych przez płatnika publicznego, wykonanych w danym miesiącu, w Oddziale Dziennym Rehabilitacji Psychiatrycznej dla Dzieci i Młodzieży w ramach Kliniki Psychiatrii, zryczałtowana kwota za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale Dziennym Rehabilitacji Psychiatrycznej dla Dzieci i Młodzieży w ramach Kliniki Psychiatrii,

..... % - procentowy udział (provizja) 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.

1. Proponowany czas trwania umowy: **od dnia 01.04.2026 r. do dnia 30.06.2029 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

udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w ramach Kliniki Psychiatrii – Zakres 6.2

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 proponuje następujące wynagrodzenie:
..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni robocze zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.
2. Proponowany czas trwania umowy: **od dnia 01.04.2026 r. do dnia 31.03.2031 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 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 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 obowiązkowe w oparciu o aktualnie obowiązujące przepisy, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne.

.....
Data i czytelny podpis Oferenta

OFERTA

udzielanie świadczeń zdrowotnych przez psychoterapeutę w ramach Kliniki Psychiatrii – Zakres 7

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 proponuje następujące wynagrodzenie:
 - PLN zryczałtowana kwota za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale Dziennym Rehabilitacji Psychiatrycznej dla Dzieci i Młodzieży w ramach Kliniki Psychiatrii zgodnie z harmonogramem,
 -% 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,
 -% procentowy udział (prowizja) w wartości sprawozdanego, przyjętego i wypłaconego wykonania świadczeń zdrowotnych finansowanych przez płatnika publicznego, wykonanych w danym miesiącu, w Oddziale Dziennym Rehabilitacji Psychiatrycznej dla Dzieci i Młodzieży w ramach Kliniki Psychiatrii.
2. Proponowany czas trwania umowy: **od dnia 01.04.2026 r. do dnia 30.06.2029 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 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
udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii przez lekarza specjalistę
w Klinice Medycyny Ratunkowej – Zakres 8

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 proponuje następujące wynagrodzenie:
..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego w celu zapewnienia obsady tzw. „linii dyżurowej internistycznej” w dni robocze, soboty, niedziele i święta zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy.
2. Proponowany czas trwania umowy: **od dnia 01.04.2026 r. do dnia 31.03.2031 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 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 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 obowiązkowe w oparciu o aktualnie obowiązujące przepisy, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne.

.....
Data i czytelny podpis Oferenta

OFERTA

udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w ramach Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii
– Zakres 9**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 proponuje następujące wynagrodzenie:

..... PLN zryczałtowana kwota za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni robocze zgodnie z harmonogramem w klinice i poradni,

..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego lub wezwania w dni robocze,

..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego lub wezwania w soboty, niedzielę i święta,

..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach „dyżuru lekarskiego pod telefonem” w dni robocze,

..... PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach „dyżuru lekarskiego pod telefonem” w soboty, niedzielę i święta.

2. Proponowany czas trwania umowy: **od dnia 15.04.2026 r. do dnia 15.04.2029 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 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, 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

OFERTA

udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej przez lekarza specjalistę w ramach Zakładu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej – Zakres 10

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) PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni robocze zgodnie z miesięcznym harmonogramem pracy,
 - 2) PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego w dni robocze,
 - 3) PLN za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru lekarskiego w soboty, niedziele i święta.
 - 4) **Świadczenia w trakcie udzielania świadczeń w dni robocze i dyżurów medycznych:**
 - a) PLN za 1 badanie tomografii komputerowej,
 - b) PLN za 1 badanie MR,
 - c) PLN za 1 badanie USG,
 - d) PLN za 1 badanie USG Doppler,
 - e) PLN za 1 badanie USG ortopedyczne,

- f) PLN za 1 badanie USG piersi
 - g) PLN za 1 badanie USG przyłózkowe,
 - h) PLN za 1 opis zdjęcia RTG,
 - i) PLN za 1 badanie kontrastowe RTG,
 - j) PLN za 1 angiografię DSA,
 - k) PLN za 1 angioplastykę, wszczepienie filtru do vci,
 - l) PLN za 1 embolizację obwodową lub inny zabieg pozaczaszkowy,
 - m) PLN za 1 chemoembolizację,
 - n) PLN za 1 wszczepienie stentgraftu, TAVI, TIPS ,
 - o) PLN za 1 embolizację do 3 spiral,
 - p) PLN za 1 embolizację do 6 spiral,
 - q) PLN za 1 embolizację powyżej 6 spiral,
 - r) PLN za 1 embolizację z remodelingiem,
 - s) PLN za 1 inny zabieg wewnątrzczaszkowy,
 - t) PLN za 1 trombektomię,
- 5) **Świadczenia na wezwania w ramach gotowości do udzielania świadczeń tzw. „dyżurów pod tel.” w dni robocze, soboty, niedziele i święta:**
- a) PLN za zabieg na wezwanie,
 - b) PLN za zabieg na wezwanie w przypadku kolejnego wezwania w trakcie bieżącego zabiegu.

2. Proponowany czas trwania umowy: **od dnia 01.04.2026 r. do dnia 30.09.2027 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 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, 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

OFERTA

**udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w ramach Zespołu Poradni
Specjalistycznych – Zakres 11**

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 01.04.2026 r. do dnia 31.03.2031 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 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