

SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony
im. J. Śniadeckiego w Białymstoku
ul. M. Skłodowskiej-Curie 26, 15-950 Białystok

PK Nr 12/2025

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT
w sprawie umowy o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne
z podmiotem wykonującym działalność leczniczą lub osobą legitymującą się nabyciem fachowych
kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych
w SP ZOZ Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. J. Śniadeckiego w zakresie:

- 1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w godzinach 7:00-19:00 oraz w godzinach 19:00 – 7:00 w zakresie pielęgniarstwa anestezjologicznego na rzecz pacjentów Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii.**

Kod CPV: 85141200-1 (usługi świadczone przez pielęgniarki)

Podstawa prawna:

- art. 26, 26a i 27 ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011(t.j. Dz.U. 2024r. poz. 799 z późn. zm.), oraz
- ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2024r. poz. 146 z późn. zm.).

I. Udzielający zamówienie:

SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku, ul. M. Skłodowskiej-Curie 26, 15-950 Białystok, tel. 85 7488 100 (centrala)

II. Przedmiot zamówienia:

1. Przedmiotem zamówienia jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu z płatnikiem systemowym oraz podmiotami, z którymi Udzielający zamówienia ma podpisane umowy w ramach leczenia stacjonarnego oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej przez podmioty wykonujące działalność leczniczą lub osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych **w dziedzinie pielęgniarstwa** z nieodpłatnym wykorzystaniem infrastruktury niezbędnej do realizacji umowy, stanowiącej własność Udzielającego zamówienia (kwalifikacje osób udzielających świadczeń powinny być zgodne z aktualnymi na dzień składania oferty wymogami Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne oraz ambulatoryjna opieka specjalistyczna)
2. W zakresie organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych objętych postępowaniem konkursowym będą obowiązywały przepisy wewnętrzne Udzielającego zamówienia, w tym w szczególności Statut, Regulamin organizacyjny, zarządzenia wewnętrzne i inne przepisy regulujące udzielanie świadczeń zdrowotnych w SP ZOZ Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. J. Śniadeckiego.

III. Okres obowiązywania umów:

- planowane zawarcie umów na **700 godzin miesięcznie**.
- planowane zawarcie umów na okres **od 16.06.2025 r. do 30.06.2027 r.**

IV. **Konkurs ofert ogłoszono:**

- na tablicy ogłoszeń Udzielającego zamówienia
- na stronie internetowej Szpitala: www.sniadecja.pl

V. **Proponowana kwota należności**

Proponowaną kwotę należności za udzielanie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu ofert należy uzupełnić w załączniku nr 2 Formularz ofertowy. Komisja dopuszcza możliwość prowadzenia negocjacji.

VI. **Warunki konkursu ofert**

1. W celu uznania, że oferta spełnia wymagane warunki, Oferent zobowiązany jest dołączyć do oferty następujące dokumenty:
 - a) wypełniony Formularz Ofertowy, stanowiący Załącznik Nr 1 i 2;
 - b) oświadczenie Oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia oraz szczegółowymi warunkami konkursu ofert, stanowiące Załącznik Nr 3, 3a, 3b;
 - c) kopię umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych zgodnie z obowiązującymi przepisami lub pisemne zobowiązanie Oferenta do zawarcia takiej umowy i dostarczenia jej kopii przed rozpoczęciem udzielania świadczeń na rzecz Udzielającego zamówienia w przypadku wyboru oferty – Załącznik nr 4;
 - d) aktualne zaświadczenie lekarskie - od lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy;
 - e) kopię dyplomu potwierdzającego ukończenie szkoły średniej lub wyższej;
 - f) kopię wszystkich wypełnionych stron aktualnego prawa wykonywania zawodu;
 - g) inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje (specjalizacje, kursy itp.);
 - h) kurs lub w trakcie kursu kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa z anestezjologii i intensywnej terapii / specjalizacja lub w trakcie specjalizacji z pielęgniarstwa anestezjologii i intensywnej terapii,**
 - i) kopie dokumentów z właściwego samorządu zawodu medycznego dotyczące wykonywania indywidualnej praktyki pielęgniarskiej lub pisemne zobowiązanie Oferenta do przedłożenia stosownych dokumentów przed rozpoczęciem udzielania świadczeń na rzecz Udzielającego zamówienia w przypadku wybrania oferty;
 - j) kopie dokumentów lub pisemne zobowiązanie Oferenta do przedłożenia dokumentów potwierdzających zarejestrowanie działalności gospodarczej przed rozpoczęciem udzielania świadczeń na rzecz Udzielającego zamówienia w przypadku wybrania oferty – Załącznik nr 4.
 - k) wpis do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.
 - l) Oświadczenie Oferenta wynikające z przepisów ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich – Załącznik 3c, 3d.
 - m) Informacja z Krajowego Rejestru Karnego
2. W celu sprawdzenia autentyczności przedłożonych dokumentów Udzielający zamówienia może zażądać od Oferenta przedstawienia oryginału lub notarialnie potwierdzonej kopii dokumentu.
3. Komisja Konkursowa wzywa Oferentów, którzy w określonym terminie nie złożą wymaganych oświadczeń lub dokumentów albo gdy oferta zawiera braki formalne do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.
4. Jeżeli ofertę podpisuje pełnomocnik, do oferty należy załączyć pełnomocnictwo.
5. W przypadku złożenia oferty przez podmiot wykonujący działalność leczniczą dodatkowo należy złożyć:
 - wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
 - Załącznik nr 5 – oświadczenie Oferenta dotyczące zapewnienia wyszkolonego i wykwalifikowanego personelu pielęgniarskiego;
 - listę osób udzielających świadczeń wraz z oświadczeniami osób, które udzielać będą świadczeń

- zdrowotnych zgodnie z Załącznikiem nr 6 i 7,
- statut jednostki lub Regulamin Organizacyjny Oferenta.

VII. Opis sposobu przygotowania oferty

1. Oferent sporządza ofertę zgodnie z wymogami określonymi w pkt VII niniejszych warunków
2. Ofertę należy złożyć na drukach załączonych do niniejszej specyfikacji: Załączniki 1-7.
3. Ofertę i wszystkie wymagane dokumenty należy sporządzić w języku polskim, z wyłączeniem pojęć medycznych.
4. Każdy dokument należy sygnować oryginalnym podpisem Oferenta lub osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta na zewnątrz, natomiast strony należy ponumerować i zaparafować. Parafowane muszą być wszystkie miejsca, w których Oferent naniósł zmiany.
5. Oferent może wprowadzić zmiany lub wycofać złożoną ofertę, jeżeli w formie pisemnej powiadomi Udzielającego zamówienia o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu oferty, nie później jednak niż przed upływem terminu składania ofert.
6. Powiadomienie o wprowadzeniu zmian lub wycofaniu ofert oznacza się jak ofertę z dopiskiem „Zmiana ofert” lub „Wycofanie oferty”.
7. Ofertę wraz z wymaganymi załącznikami należy umieścić w zamkniętej kopercie opatrzonej napisem „**Konkurs ofert 12/2025 (nie otwierać do 02.06.2025 do godz. 10:00)**”
8. Koperta z dokumentacją ofertową może być dostarczona Zamawiającemu: drogą pocztową listem poleconym przez doręczyciela, przez Oferenta zachowując pisemną formę potwierdzenia odbioru. Dostawa dokumentacji następuje na koszt i ryzyko Oferenta.
9. Oferty nadane jako przesyłka, które wpłyną po terminie składania ofert, jak również oferty złożone w Kancelarii Szpitala po terminie składania ofert, zostaną odrzucone.

Ofertę oznaczona jak wyżej należy złożyć do dnia:

30.05.2025 r. do godz. 15:00 w kancelarii SP ZOZ Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego im. J. Śniadeckiego w Białymstoku, pok. 12.

VIII. Kryteria wyboru oferty

Komisja konkursowa dokona wyboru najkorzystniejszej oferty w oparciu o następujące kryteria:

Cena – 100%

IX. Otwarcie ofert.

Otwarcie ofert nastąpi w siedzibie Udzielającego zamówienia w dniu: **02.06.2025 r. o godz. 10:00**

X. Tryb i zakres prac Komisji Konkursowej.

1. Konkurs przeprowadza komisja powołana przez Dyrektora Udzielającego Zamówienia.
2. Komisja Konkursowa, mając na celu rozstrzygnięcie konkursu ofert, dokonuje następujących czynności:
 - a) stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu;
 - b) podaje liczbę otrzymanych ofert;
 - c) otwiera koperty z ofertami;
 - d) podaje nazwę Oferentów oraz proponowaną kwotę przez Oferenta;
 - e) ustala, które z ofert spełniają warunki określone w niniejszych warunkach;
 - f) odrzuca oferty nieodpowiadające warunkom określonym w niniejszych warunkach lub jeżeli:
 - ofertę złożono po wyznaczonym terminie,
 - oferta zawiera nieprawdziwe informacje,
 - Oferent nie określił przedmiotu oferty albo nie podał proponowanej ceny za udzielanie świadczeń zdrowotnych,
 - oferta zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia,

- jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa,
 - Oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych przez Udzielającego zamówienia,
 - oferta jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów,
 - jeżeli Oferent złożył ofertę alternatywną,
 - złożoną przez Oferenta, z którym została rozwiązana przez Udzielającego zamówienia umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie lub rodzaju odpowiadającym przedmiotowi ogłoszenia, bez zachowania okresu wypowiedzenia z przyczyn leżących po stronie Oferenta, w okresie 5 lat poprzedzających ogłoszenie konkursu;
- g) w przypadku gdy oferta zawiera braki formalne, Komisja może wezwać Oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty;
- h) ogłasza Oferentom, które z ofert spełniają warunki określone w niniejszych warunkach, a które zostały odrzucone;
- i) przyjmuje do protokołu wyjaśnienia i oświadczenia zgłoszone przez Oferentów;
- j) wybiera najkorzystniejszą ofertę albo nie przyjmuje żadnej z ofert.
3. Komisja Konkursowa działa na posiedzeniach zamkniętych bez udziału Oferentów, z wyjątkiem czynności określonych w ust. 2 lit. a, b, c, d.
4. Udzielający Zamówienia unieważnia postępowanie konkursowe w przypadku gdy:
- nie wpłynęła żadna oferta;
 - odrzucono wszystkie oferty
 - wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, z zastrzeżeniem pkt 5,
 - kwota najkorzystniejszej oferty (ofert) przewyższa kwotę, którą Udzielający Zamówienia przeznaczył na sfinansowanie zamówienia;
 - nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie osób będących świadczeniobiorcami w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, czego nie można było wcześniej przewidzieć.
5. Jeżeli w toku konkursu wpłynęła tylko jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, Komisja Konkursowa może przyjąć tę ofertę, gdy z okoliczności wynika, że ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs ofert nie wpłynie więcej ofert.
6. Komisja Konkursowa sporządza protokół, który powinien zawierać:
- oznaczenie miejsca i czasu konkursu;
 - liczbę zgłoszonych ofert;
 - wskazanie ofert zawierających nieprawdziwe informacje;
 - wskazanie ofert odpowiadających wymaganym warunkom określonym powyżej;
 - wskazanie ofert nieodpowiadających wymaganym warunkom określonym powyżej lub ofert zgłoszonych po terminie (wraz z uzasadnieniem);
 - wyjaśnienia i oświadczenia Oferentów;
 - wskazanie najkorzystniejszej dla Udzielającego Zamówienia oferty albo stwierdzenie, że żadna z ofert nie została przyjęta (wraz z uzasadnieniem) bądź doszło do unieważnienia postępowania;
 - ewentualne odrębne stanowisko członka Komisji Konkursowej;
 - wzmiankę o odczytaniu protokołu;
 - podpisy członków Komisji Konkursowej i przedstawiciela samorządu zawodu medycznego, jeżeli uczestniczy w pracach komisji.
7. Jeżeli nie nastąpiło unieważnienie postępowania konkursowego Komisja Konkursowa ogłasza rozstrzygnięcie konkursu.
8. Ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu zostanie umieszczone na stronie internetowej Udzielającego Zamówienie oraz na tablicy ogłoszeń w jego siedzibie.
9. Z chwilą ogłoszenia rozstrzygnięcia postępowania konkursowego następuje jego zakończenie i Komisja Konkursowa ulega rozwiązaniu.

XI. Wybór oferenta i ogłoszenie wyniku konkursu.

Konkurs zostanie rozstrzygnięty do dnia: **06.06.2025 r. do godz. 15:00.**

XII. Środki ochrony prawnej:

Środki odwoławcze.

1. Oferentom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Udzielającego Zamówienia zasad przeprowadzenia konkursu, przysługują środki odwoławcze na zasadach określonych w pkt. 2 – 13 poniżej.
2. Środki odwoławcze nie przysługują na niedokonanie wyboru Przyjmującego zamówienie oraz na unieważnienie postępowania konkursowego.
3. W toku postępowania konkursowego do czasu jego zakończenia Oferent może złożyć do Komisji Konkursowej umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
4. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie konkursowe ulega zawieszeniu, chyba że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.
5. Komisja Konkursowa rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
6. W przypadku uwzględnienia protestu Komisja Konkursowa powtarza zaskarżoną czynność.
7. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
8. Informacja o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zostanie umieszczona na stronie internetowej Udzielającego Zamówienia oraz na tablicy ogłoszeń w jego siedzibie.
9. Oferent biorący udział w postępowaniu konkursowym może wnieść do Udzielającego Zamówienia, 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 14 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia.
11. Po rozpatrzeniu odwołania Komisja Konkursowa uwzględnia odwołania albo je oddala.
12. O rozstrzygnięciu odwołania Oferent informowany jest niezwłocznie.
13. W przypadku uwzględnienia odwołania, przeprowadza się ponownie postępowanie konkursowe.

XIII. Zawarcie umowy

- Kierownik Udzielającego Zamówienia zawiera umowę na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z wybraną przez Komisję Konkursową najkorzystniejszą ofertę w terminie do 30 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert.
- Wzór umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych stanowi Załącznik nr 8 do Szczegółowych warunków konkursu.

XIV. Postanowienia końcowe.

- Udzielający Zamówienia zastrzega prawo odwołania konkursu ofert oraz przesunięcia terminu składania ofert, terminu rozstrzygnięcia konkursu bez podania przyczyn.
- Dokumenty dotyczące postępowania konkursowego przechowywane są w siedzibie Udzielającego Zamówienia.

Białystok, 22.05.2025 r.

Formularz ofertowy

KONKURS OFERT NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE W ZAKRESIE

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w godzinach 7:00-19:00 oraz w godzinach 19:00-7:00 w zakresie pielęgniarstwa anestezjologicznego na rzecz pacjentów Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

**Nazwa Oferenta

.....

**Adres Oferenta z kodem

**PESEL:

**Nr telefonu komórkowego

**E-mail

**REGON

**NIP

**Nazwa banku oraz nr rachunku

.....

**pola obowiązkowe

Oświadczam, że:

- nie zalegam z opłacaniem podatków albo zawarłem porozumienie z właściwym organem w sprawie spłat tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami albo uzyskałem przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu,
- nie zalegam z opłacaniem składek na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne albo zawarłem porozumienie z właściwym organem w sprawie spłat tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami albo uzyskałem przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu,
- nie byłem karany za żadne przestępstwo umyślne i nie toczy się przeciwko mnie postępowanie karne.

.....
data, podpis i pieczęć Oferenta

Formularz ofertowy

KONKURS OFERT NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE W ZAKRESIE

- 1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w godzinach 7:00-19:00 oraz w godzinach 19:00-7:00 w zakresie pielęgniarstwa anestezjologicznego na rzecz pacjentów Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii.**

- 1.** Proponowane warunki finansowe za udzielanie świadczeń zdrowotnych:

WYSZCZEGÓLNIENIE/PRODUKT zgodny z ogłoszeniem w danym zakresie	CENA BRUTTO w zł. za 1 godz. udzielania świadczeń
1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych	

- 2.** Deklarowana liczba godzin w miesiącu

.....

data, podpis i pieczęć Oferenta

pieczęć Oferenta

Oświadczenie

1. Oświadczam, że zapoznałem(łam) się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu ofert oraz wzorem umowy i nie zgłaszam do nich zastrzeżeń,
2. Jestem gotowy(a) do realizacji świadczeń podanych w ofercie w okresie wskazanym w ogłoszeniu.
3. Jestem związany(a) niniejszą ofertą przez okres 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych dot. imienia i nazwiska, prawa wykonywania zawodu, specjalizacji, numeru telefonu przez Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku dla potrzeb przeprowadzenia konkursu oraz realizacji umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalu.
5. Oświadczam, że w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych w SP ZOZ Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. J. Śniadeckiego w Białymstoku, nie będę udzielał/ła innych świadczeń zdrowotnych, których wykonywanie kolidowałoby z harmonogramem udzielania przeze mnie świadczeń w szpitalu.

.....
(miejscowość, data)

.....
podpis i pieczęć Oferenta

Białystok, dnia

Imię i nazwisko

.....

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku, ul. M. Skłodowskiej-Curie 26 informuje, że:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Zespolony im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku, ul. M. Skłodowskiej-Curie 26, 15-950 Białystok, wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego - Rejestr Stowarzyszeń, innych Organizacji Społecznych i Zawodowych, Fundacji i Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Białymstoku XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr 0000003421, NIP: 542-25-29-292, REGON: 050657729.
- 2) Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych, odpowiedzialnym za przestrzeganie ochrony danych osobowych w SP ZOZ Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. J. Śniadeckiego w Białymstoku jest możliwy za pośrednictwem poczty e-mail pod adresem: iodo@sniadecja.pl.
- 3) Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane, na podstawie udzielonej przez Panią/Pana zgody, w celu niezbędnym do przeprowadzenia konkursu oraz realizacji umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku.
- 4) Dane osobowe mogą być ujawnione upoważnionym przez Administratora pracownikom, podmiotom zewnętrznym świadczącym na rzecz Administratora usługi, w tym usługi techniczne i organizacyjne, usługi w zakresie prowadzenia poczty elektronicznej, a także innym podmiotom/osobom/organom w zakresie i na zasadach określonych przepisami prawa.
- 5) Pani/Pana dane nie będą przekazywane do odbiorców zlokalizowanych poza Europejskim Obszarem Gospodarczym.
- 6) Pani/Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania, o którym mowa w art. 22 RODO.
- 7) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane zgodnie z uzyskaną zgodą na przetwarzanie danych osobowych w celu przeprowadzenia konkursu oraz realizację umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku, a następnie przechowywane zgodnie z instrukcją kancelaryjną Jednolitym Rzeczowym Wykazem Akt obowiązującym w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku, nie dłużej niż przez okres pięciu lat, od początku roku następującego po roku, w którym odbyło się postępowanie konkursowe.
- 8) Przysługuje Pani/Panu prawo żądania dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich sprostowania.
- 9) W przypadkach określonych przepisami prawa przysługuje Pani/Panu prawo żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych, żądania usunięcia danych osobowych, przeniesienia danych osobowych, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych.
- 10) Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
- 11) Przysługuje Pani w dowolnym momencie prawo do cofnięcia zgody bez wpływu na zgodność prawem przetwarzania danych osobowych, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
- 12) Podanie przez Panią/Pana swoich danych osobowych jest dobrowolne, lecz niezbędne do uczestniczenia w rekrutacji przeprowadzonej przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Zespolony im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku.

Zapoznałam/łem się z powyższą instrukcją i ją rozumiem:

.....
(data i podpis kandydata uczestniczącego w rekrutacji)

Klauzula zgody

Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U.UE.L.2016.119.1) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w mojej ofercie dla potrzeb niezbędnych do przeprowadzenia konkursu oraz realizacji umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku.

.....
(data i podpis)

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:

* nie zamieszkiwałem/am

* zamieszkiwałem/am w następujących państwach

w ostatnich 20 latach w innych państwach niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa.

Wiarygodność powyższego stwierdzam własnoręcznym podpisem:

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
Miejscowość, data

.....
podpis i pieczęć Oferenta

*Niepotrzebne skreślić

Jeżeli Oferent zamieszkiwał w innym państwie niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa jest zobowiązany przedłożyć zaświadczenie 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.

Podstawa prawna : Ustawa o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich z dnia 28 lipca 2023 r., Ustawa z dnia 28 lipca 2023 r. o zmianie ustawy - Kodeks rodzinny i opiekuńczy oraz niektórych innych ustaw.

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a.....
 zamieszkały/a
 legitymujący/a się dokumentem tożsamości nr
 wydanym przez.....
 numer PESEL

Oświadczam

- iż prawo w państwie obywatelstwa(wpisać nazwę państwa/państw) nie przewiduje sporządzenia informacji z rejestrów karnych lub nie prowadzi się rejestru karnego;
- iż prawo w państwie, w którym zamieszkiwałem/am(wpisać nazwę państwa/państw) nie przewiduje sporządzenia informacji z rejestrów karnych lub nie prowadzi się rejestru karnego.

Oświadczam

nie byłem/am prawomocnie skazany/a w żadnym z wyżej wymienionych państw za czyny zabronione odpowiadające przestępstwom określonym 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 oraz nie wydano wobec mnie innego orzeczenia, w którym stwierdzono, iż dopuściłem/am się takich czynów zabronionych, oraz że nie ma obowiązku wynikającego z orzeczenia sądu, innego uprawnionego organu lub ustawy stosowania się do zakazu zajmowania wszelkich lub określonych stanowisk, wykonywania wszelkich lub określonych zawodów albo działalności, związanych z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem, świadczeniem porad psychologicznych, rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizacją innych zainteresowań przez małoletnich, lub z opieką nad nimi.

Jestem świadomy/ a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
 Miejscowość, data

.....
 podpis i pieczęć Oferenta

OŚWIADCZENIE

Oświadczam że:

- kopia wszystkich wypełnionych stron aktualnego prawa wykonywania zawodu,
- inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje (specjalizacje, dyplom ukończenia studiów kursy itp.),
- aktualne badania profilaktyczne,
- aktualna polisa ubezpieczeniowa,
- wpis do ewidencji działalności gospodarczej,

zostały złożone w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. J. Śniadeckiego w Białymstoku w Konkursie na udzielanie zamówienia na:

- 1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w godzinach 7:00-19:00 oraz w godzinach 19:00-7:00 w zakresie pielęgniarstwa anestezjologicznego na rzecz pacjentów Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii.**

i stwierdzony w nich stan prawny lub faktyczny nie uległ zmianie.

.....

(miejscowość, data, podpis i pieczęć Oferenta)

.....
pieczęć Oferenta

OŚWIADCZENIE

Zakres udzielanych świadczeń:

- 1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w godzinach 7:00-19:00 oraz w godzinach 19:00-7:00 w zakresie pielęgniarstwa anestezjologicznego na rzecz pacjentów Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii.**

Oświadczam, iż zapewniam wyszkolony i wykwalifikowany personel do udzielania świadczeń zdrowotnych, zgodnie ze Szczegółowymi warunkami Konkursu Ofert.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)

Lista osób udzielających świadczeń w ramach umowy z Oferentem:

Imię i nazwisko	Nr prawa wykonywania zawodu	Specjalizacja	Specjalizacja zakończona/w trakcie (data ukończenia specjalizacji/data otwarcia specjalizacji)

Każda wskazana osoba powinna dostarczyć kopię dokumentów, o których mowa w Szczegółowych Warunkach Konkursu w pkt. VI ust. 1 lit. e) – m).

.....
miejscowość, data

.....
podpis i pieczęć Oferenta

Imię i nazwisko

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych dot. imienia i nazwiska, prawa wykonywania zawodu, specjalizacji, numeru telefonu przez SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku dla potrzeb niezbędnych do przeprowadzenia konkursu oraz realizacji umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku.
2. Wyrażam zgodę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w SP ZOZ Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. J. Śniadeckiego w Białymstoku zgodnie z warunkami konkursu i umowy Przyjmującego zamówienie ze Szpitalem oraz na podstawie przedstawionego przez Przyjmującego zamówienie i zatwierdzonego przez Szpital harmonogramu.
3. Oświadczam, że w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych w SP ZOZ Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. J. Śniadeckiego w Białymstoku, nie będę udzielał(ła) innych świadczeń zdrowotnych, których wykonywanie kolidowałoby z harmonogramem udzielania przeze mnie świadczeń w Szpitalu.

Podpis Oferenta