

Szpital Mrągowski im. Michała Kajki Sp. z o.o.
11-700 Mrągowo, ul. Wolności 12

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT
zwane dalej „SWKO”

**do postępowania w trybie konkursu ofert w sprawie umowy na udzielenie
zamówienia w zakresie wykonywania świadczeń zdrowotnych**

**Świadczenie usług przez pielęgniarkę w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów
oddziałów szpitalnych**

I. Przedmiot zamówienia

1. Udzielanie świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych a także innych w zakresie wynikającym z posiadania **zawodu medycznego**, kwalifikacji nabytych w drodze kształcenia podyplomowego oraz posiadanych uprawnień, polegające na:
 - 1) Świadczeniu usług przez pielęgniarkę/rza w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Oddziałów szpitalnych lub
 - 2) Pozostawaniu w gotowości do udzielania świadczeń w razie wystąpienia nadzwyczajnych zagrożeń bądź potrzeb wynikających z bieżących zadań udzielającego zamówienia.
2. Termin rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych: **01 kwiecień 2026 r.**

II. Realizacja przedmiotu zamówienia

1. Czas udzielania świadczeń: według miesięcznych grafików ustalanych w porozumieniu i dla Przyjmującego Zamówienie przez Udzielającego Zamówienia, zapewniających ciągłość udzielania świadczeń zdrowotnych.
2. Prowadzenie obowiązującej dokumentacji medycznej.
3. Stosowanie cennika świadczeń zdrowotnych, obowiązującego w Szpitalu Mrągowskim im. Michała Kajki Sp. z o.o.
4. Stosowanie wymaganej odzieży ochronnej i roboczej.
5. Udzielający Zamówienia udostępni Przyjmującemu Zamówienie:
 - 1) pomieszczenia przeznaczone do udzielania świadczeń,
 - 2) aparaturę, sprzęt medyczny oraz inne sprzęty, środki i rzeczy, stanowiące wyposażenie środków transportu oraz pomieszczeń,
 - 3) środki farmaceutyczne i materiały medyczne,
 - 4) miejsca wypoczynkowe w pomieszczeniach socjalnych, w miarę istniejących warunków lokalowych,
 - 5) dostęp do systemu informatycznego Szpitala Mrągowskiego im. Michała Kajki Sp. z o.o. po uzyskaniu odpowiednich uprawnień. Brak tych uprawnień uniemożliwia udzielanie świadczeń na podstawie niniejszej umowy.

III. Przyjmujący zamówienie

1. Zamówienie może zostać udzielone **wyłącznie osobom** spełniającym warunki przyjmującego zamówienie, tj. posiadającym aktualne prawo wykonania zawodu, legitymującym się posiadaniem fachowych **kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę** prowadzącą w tym zakresie **działalność gospodarczą** na warunkach określonych w ustawie z dnia 06.03.2018 r. Prawo przedsiębiorców oraz spełniającym wymagania zdrowotne określone we właściwych przepisach.
2. Wymagane kwalifikacje i doświadczenie zawodowe:
 - pielęgniarka ze średnim wykształceniem, bez kursu kwalifikacyjnego i bez specjalizacji - minimum 2 letni staż pracy lub,
 - pielęgniarka posiadająca kurs kwalifikacyjny w zakresie przydatnym w oddziale, w którym będzie świadczona usługa lub,
 - pielęgniarka posiadająca specjalizację w zakresie przydatnym w oddziale, w którym będzie świadczona usługa.

IV. Opis sposobu przygotowania oferty

1. Oferenci przedstawiają ofertę zgodnie z wymaganiami określonymi w niniejszej specyfikacji.
2. Oferenci ponoszą wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
3. Oferta - **pod rygorem nieważności** - powinna być napisana w języku polskim, **na formularzu ofertowym**, stanowiącym **załącznik nr 1** do niniejszej specyfikacji oraz winna być podpisana przez Oferenta.
4. Każdy Oferent może złożyć tylko jedną ofertę.
5. Ofertę wraz ze wszystkimi załącznikami należy złożyć w papierowym, zamkniętym opakowaniu, opatrzonym napisem:
 - 1) „Konkurs ofert -
6. Wszelkie poprawki lub zmiany w tekście oferty muszą być parafowane i datowane własnoręcznie przez osobę

podpisującą ofertę.

7. Oferta powinna zawierać - wszystkie niżej wymienione informacje, oświadczenia i dokumenty:

1) Informacje:

- a) dane o Oferencie: imię i nazwisko, nazwisko rodowe, adres, numer telefonu,
- b) Numer PESEL,
- c) Numer REGON,
- d) Numer identyfikacji podatkowej NIP,
- e) oferowany rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych,
- f) oferowane stawki ryczałtowe należności za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych:

Powyższe informacje Oferent przedstawia **na formularzu oferty**, stanowiącym **załącznik nr 1** do niniejszej specyfikacji.

2) Oświadczenia:

- a) oświadczenie o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia konkursu ofert,
- b) oświadczenie o zapoznaniu się z niniejszą Specyfikacją Warunków Opracowania Oferty,
- c) oświadczenie o zapoznaniu się z rodzajem zamawianych świadczeń zdrowotnych i miejscem ich realizacji,
- d) oświadczenie o posiadaniu wiedzy i umiejętności do realizacji zamówienia oraz udzielaniu świadczeń medycznych w sposób rzetelny oraz zgodny z aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi metodami i środkami, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością,
- e) oświadczenie o zgodzie do przetwarzania danych osobowych w związku z postępowaniem konkursowym,
- f) oświadczenie o spełnianiu wymagań zdrowotnych, określonych we właściwych przepisach,
- g) oświadczenie o posiadanym stażu wykonywania oferowanych świadczeń zdrowotnych, odpowiednio do wymogów cz. III. ust. 2 niniejszej specyfikacji,
- h) oświadczenie o aktualnym świadczeniu, u Udzielającego zamówienia, pracy o charakterze zgodnym z przedmiotem oferty, wraz z podstawą świadczenia tej pracy,
- i) oświadczenie o samodzielnym rozliczaniu się z Urzędem Skarbowym oraz z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych,
- j) oświadczenie o przyjęciu obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 29.04.2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne oraz terminowego dokumentowania, wobec Udzielającego Zamówienia, spełnienia powyższego obowiązku.
- k) oświadczenie o przyjęciu obowiązku odbycia przeszkolenia przez oferentów z procedur, programów informatycznych, ochrony danych osobowych oraz z zasad eksploatacji ambulansów obowiązujących w Szpitalu Mrągowskim im. Michała Kajki Sp. z o.o.
- l) oświadczenie w sprawie prowadzenia działalności konkurencyjnej względem Udzielającego Zamówienia,
- m) oświadczenie, że złożone kserokopie dokumentów są zgodne z oryginałem,
- n) oświadczenie o zapoznaniu się ze Standardami Ochrony Małoletnich i Kodeksem Bezpiecznej Relacji.
- o) oświadczenie o zapoznaniu się z Procedurą Zgłaszania przypadków nieprawidłowości, podejmowania działań następczych oraz ochrony osób dokonujących zgłoszeń w Szpitalu Mrągowskim im. Michała Kajki Sp. z o. o.

3) Dokumenty:

- a) zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, wraz z numerem właściwego rejestru,
- b) zaświadczenie o posiadanym numerze identyfikacyjnym REGON i NIP / wyciąg z CEDG,
- c) dyplom uzyskania tytułu zawodowego, licencjat pielęgniarstwa, magister pielęgniarstwa,
- d) zaświadczenia o posiadanym stażu wykonywania oferowanych świadczeń zdrowotnych,
- e) zaświadczenia/dyplomy ukończonych kursów, szkoleń, studiów kierunkowych (dodatkowo, punktowane)
- f) orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy wydane przez lekarza medycyny pracy,
- g) zaświadczenie potwierdzające szczepienia WZW,
- h) zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego.

V. Kryteria oceny ofert

Ocenę negatywną, skutkującą odmową udzielenia zamówienia, otrzyma oferta:

- 1) nie spełniająca wymogów określonych w cz. III i IV niniejszej specyfikacji,
- 2) jeżeli Udzielający Zamówienia posiada wiedzę o uprzednim rozwiązaniu z Oferentem, z przyczyn leżących po jego stronie, umowy o pracę lub innego stosunku o świadczenie pracy bądź udzielanie świadczeń,
- 3) w przypadku braku wymaganych dokumentów,
- 4) na podstawie negatywnej oceny dotychczasowej pracy lub świadczenia usług przez Oferenta,

Punktacja zostanie przeprowadzona z zastosowaniem następujących kryteriów:

Wykształcenie	
Wyższe magisterskie w zakresie pielęgniarstwa	30 pkt
Wyższe licencjackie w zakresie pielęgniarstwa	20 pkt
Specjalizacja w wymaganym zakresie	30 pkt
Kurs kwalifikacyjny w wymaganym zakresie	10 pkt
Staż pracy na stanowisku pielęgniarki w Szpitalu Mrągowskim im. Michała Kajki Sp. z o. o.	
powyżej 10 lat	10 pkt
9-10 lat	5 pkt
7-8 lat	4 pkt
5-6 lat	3 pkt
2-4 lat	2 pkt
Doskonalenie zawodowe	
kurs specjalistyczny	po 2 pkt
szkolenia / seminaria	po 1 pkt
dodatkowe uprawnienia	po 1 pkt
Liczba oferowanych świadczeń	
powyżej 160 godzin	10 pkt
Obecne zatrudnienie / dyspozycyjność / opinie	
Osoba aktualnie zatrudniona w Szpitalu Mrągowskim im. Michała Kajki Sp. z o.o. na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilno-prawnej	20 pkt
Osoba obecnie zatrudniona u innego świadczeniodawcy w charakterze pielęgniarki	2 pkt
Pozytywne opinie, w zakresie wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu, od pracodawcy / świadczeniodawcy / usługodawcy	po 2 pkt
Zgodnie z warunkami określonymi w specyfikacji przedmiotu zamówienia	
Maksymalny termin zawarcia umowy zgodny ze specyfikacją	5 pkt

Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo podpisania umowy z oferentami, którzy uzyskali najwyższe pozycje w rankingu w ilości niezbędnej do zabezpieczenia potrzeb Szpitala Mrągowskiego im. Michała Kajki Sp. z o.o.

VI. Możliwość składania skarg i protestów

Możliwość składania skarg i protestów odbywa się zgodnie z art. 152, art.153, art. 154 ust 1 i 2 Ustawy o działalności leczniczej.

VII. Pozostałe postanowienia

1. Umowa zawarta będzie na czas określony od dnia **01.04.2026 r.** nie dłużej niż do dnia **31.03.2029 r.**
2. Oferent związany jest złożoną ofertą przez 30 dni licząc od następnego dnia po upływie terminu składania ofert.

VIII. 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) Udzielający zamówienia informuje, a oferent przyjmuje do wiadomości, że:

- 1) administratorem danych osobowych jest Szpital Mrągowski im. Michała Kajki Sp. z o. o., ul. Wolności 12, 11-700

Mragowo

- 2) administrator powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: iod@szpital-mragowo.pl
- 3) administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) i c) RODO w celu rekrutacji,
- 4) odbiorcami Pani/ Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym udostępniana zostanie dokumentacja postępowania. Pani/ Pana dane osobowe będziemy przekazywać, także innym osobom, którym zlecimy usługi związane z przetwarzaniem danych osobowych
- 1) (np. kancelarii prawnej, dostawcy oprogramowania, zewnętrznym audytorom, zleceniobiorcom świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych). Takie podmioty będą przetwarzać dane na podstawie umowy z nami i tylko zgodnie z naszymi poleceniami,
- 5) administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej,
- 6) mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

- 1) Państwa dane osobowe będą przechowywane do momentu upływu okresu przedawnienia wynikającego z ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny;
- 2) przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, przetwarzania, prawo do przeniesienia danych oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
- 3) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do udziału w niniejszym postępowaniu. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości realizacji procesu rekrutacji;
- 4) administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane

IX. Załączniki:

1. Formularz oferty.
2. Formularz oświadczeń Oferenta.
3. Załącznik nr 3
4. Załącznik nr 4

OŚWIADCZENIA OFERENTA

O ś w i a d c z a m, że:

1. Zapoznałam(em) się z treścią ogłoszenia konkursu ofert.
2. Zapoznałam(em) się ze Specyfikacją warunków opracowania oferty.
3. Zapoznałam(em) się z rodzajem zamawianych świadczeń zdrowotnych i miejscem ich realizacji.
4. Posiadam wiedzę i umiejętności do realizacji zamówienia.
5. Udzielam świadczeń medycznych w sposób rzetelny i zgodny z obowiązującą wiedzą medyczną, dostępnymi metodami i środkami, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.
6. Spełniam wymagania zdrowotne określone we właściwych przepisach.
7. Aktualnie jestem zatrudniona/y w Szpitalu Mrągowskim im. Michała Kajki Sp. z o.o. / u innego świadczeniodawcy w charakterze pielęgniarki/rza*:
 - a) na podstawie umowy o pracę w ilości godzin miesięcznie
 - b) na podstawie umowy cywilno-prawnej w ilości godzin miesięcznie
 - c) zgłoszona w Urzędzie pracy jako osoba bezrobotna
8. Posiadam następujący staż pracy:
 - 1) ogółem na stanowisku:
 - a) pielęgniarki/rza-(lat, miesięcy)
 - 2) W Szpitalu Mrągowskim im. Michała Kajki Sp. z o.o. na stanowisku :
 - a) pielęgniarki/rza -(lat, miesięcy)
9. Samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym oraz z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.
10. Składając ofertę, wyrażam wolę zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne.
11. Przyjmuję obowiązek zawarcia, najpóźniej w dniu poprzedzającym datę rozpoczęcia udzielania świadczeń, umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 29.04.2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne oraz terminowego dokumentowania, wobec Udzielającego Zamówienia, spełnienia powyższego obowiązku.
12. Przyjmuję obowiązek odbycia przeszkolenia przez oferentów z procedur, programów informatycznych, ochrony danych osobowych obowiązujących w Szpitalu Mrągowskim im. Michała Kajki Sp. z o.o. przed datą rozpoczęcia udzielania świadczeń.
13. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w przedstawionych przeze mnie dokumentach dla potrzeb niezbędnych do realizacji procedury postępowania konkursowego –zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2019r. poz. 1781)
14. Jestem * Nie jestem * (* **niepotrzebne skreślić**)
Zatrudniona/ -ny u przedsiębiorcy prowadzącego konkurencyjną względem Udzielającego Zamówienia działalność gospodarczą polegającą na organizowaniu lub świadczeniu usług zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa lub świadczeniu innych usług dotyczących ochrony zdrowia, wykonywanych przez Udzielającego Zamówienia.
15. Oświadczam, że złożone kserokopie dokumentów są zgodne z oryginałami.
16. Oświadczam, że zapoznałam/em się ze Standardami Ochrony Małoletnich i Kodeksem Bezpiecznej Relacji.
17. Oświadczam, że zapoznałam/em się z Procedurą Zgłaszania przypadków nieprawidłowości, podejmowania działań następczych oraz ochrony osób dokonujących zgłoszeń w Szpitalu Mrągowskim im. Michała Kajki Sp. z o. o.

Zamawiający zastrzega sobie możliwość weryfikacji złożonych oświadczeń poprzez żądanie przedstawienia dokumentów źródłowych.

Podpis Oferenta:

(* **niepotrzebne skreślić**)

Szpital Mrągowski im. Michała Kajki Sp. z o.o.
11-700 Mrągowo
ul. Wolności 12

nazwa oferenta

FORMULARZ OFERTOWY

Po zapoznaniu się z treścią ogłoszenia dotyczącego konkursu ofert na świadczenie usług medycznych opublikowanego na stronie internetowej i na tablicy ogłoszeń Szpitala Mrągowskiego im. Michała Kajki Sp. z o.o. składam następującą ofertę:

1. Nazwa Oferenta / Podmiot.....

2. Adres działalności.....

3. Adres zamieszkania.....

4. Nr dyplomu Data wydania

5. Nr Regon Nr NIP PESEL

6. Oferuję:

a) następujące stawki ryczałtowe za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę w oddziale:

..... zł	- za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych dla pielęgniarki bez specjalizacji
..... zł	- za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych dla pielęgniarki posiadającej specjalizację

b) liczba oferowanych świadczeń: godzin miesięcznie

c) termin zawarcia umowy:

od dnia do dnia

7. Załączam następujące dokumenty, których załączenie nie jest wymagane, jeżeli udzielający zamówienia jest już w ich posiadaniu (kserokopie):
(niepotrzebne skreślić):

- Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, wydane przez gminę właściwą dla miejsca zamieszkania przedsiębiorcy, wraz z numerem właściwego rejestru / lub wyciąg z CEDG,
- Zaświadczenie o posiadanym numerze identyfikacyjnym REGON,
- Zaświadczenie o posiadanym numerze identyfikacyjnym NIP,
- Aktualny wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą / wpis do rejestru specjalistycznych indywidualnych praktyk pielęgniarskich,
- Kopie dokumentów dotyczących prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i posiadanych studiach, specjalizacjach, kursach kwalifikacyjnych i specjalistycznych,
- oświadczenia o posiadanym stażu wykonywania oferowanych świadczeń zdrowotnych, odpowiednio do wymogów cz. III. ust. 2 niniejszej specyfikacji,
- pozostałe zaświadczenia/dyplomy ukończonych kursów, szkoleń (dodatkowo, punktowane)
- potwierdzenie odbytych szczepień przeciwko WZW,
- orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań lekarskich do wykonywania pracy wydane przez lekarza medycyny pracy
- polisa ubezpieczeniowa OC,
- zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego.

Data sporządzenia oferty:

Podpis Oferenta:

W związku z nałożonym na pracodawcę obowiązkiem realizacji art. 21 ust. 2 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (t.j. Dz. U. Z 2023 r., poz. 1304 ze zm.) podaję poniższe dane:

1. Numer Pesel oferenta.....
2. Imiona rodziców oferenta
3. Nazwisko rodowe oferenta

Jednocześnie oświadczam, że wyrażam zgodę do ich przetwarzania w celu określonym powyżej.

.....

/podpis oferenta/

Oświadczenie

o zapoznaniu się ze Standardem Ochrony Małoletnich i Kodeksem Bezpiecznej Relacji

Potwierdzam, że zapoznałem się / zapoznałam się ze Standardami Ochrony Małoletnich obowiązującymi w Szpitalu Mrągowskim im. Michała Kajki Sp. z o.o. oraz obowiązującym Kodeksem Bezpiecznej Relacji i zobowiązuję do zasad ich stosowania i przestrzegania.

Imię i nazwisko

Stanowisko

Nazwa komórki organizacyjnej

.....
(miejsowość, data)

.....
(czytelny podpis pracownika)