



# Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łukowie

Załącznik Nr 2 do Warunków konkursu ofert

Łuków, ..... 2024 r.

## OFERTA NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁUKOWIE

I DANE OFERENTA	
1. Nazwa praktyki .....	
2. Adres .....	
3. Imię i nazwisko .....	
4. Nr prawa wykonywania zawodu ..... (proszę dołączyć potwierdzoną kserokopię)	
5. NIP.....	6. PESEL .....
7. Numer telefonu .....8. Adres e- mail .....	
9. posiadane kwalifikacje (proszę dołączyć potwierdzoną kserokopię) ..... kursy: .....	
10. siedziba Izby i nr wpisu praktyki (proszę dołączyć potwierdzoną kserokopię) Izba w ..... Nr .....	
II. OŚWIADCZENIE Oświadczam, że: 1. zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na udzielanie świadczeń przez ratowników medycznych i materiałami konkursowymi i przyjmuję je bez zastrzeżeń, 2. zapoznałam/em się z projektem Umowy – Kontraktu/ Umowy Zlecenie i zobowiązuję się do jej podpisania na zaoferowanych warunkach w miejscu i czasie określonym przez SPZOZ, 3. zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej i przedstawienia jej SPZOZ w Łukowie najpóźniej do dnia podpisania umowy.  ..... (podpis oferenta)	



# Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łukowie

## III. OFERTA SZCZEGÓŁOWA

**Oferuję wykonywanie – udzielanie świadczeń zdrowotnych w SPZOZ w Łukowie,  
na warunkach:**

1. zakres .....

- ..... zł za .....

(słownie .....) )

proponowana liczba dyżurów miesięcznie: .....

preferowane dni tygodnia udzielania świadczeń (dotyczy dyżurów dziennych i nocnych):

.....

2. zakres .....

- ..... zł za .....

(słownie .....) )

proponowana liczba dyżurów miesięcznie: .....

preferowane dni tygodnia udzielania świadczeń (dotyczy dyżurów dziennych i nocnych):

.....

3. zakres .....

- ..... zł za .....

(słownie .....) )

proponowana liczba dyżurów miesięcznie: .....

preferowane dni tygodnia udzielania świadczeń (dotyczy dyżurów dziennych i nocnych):

.....

4. zakres .....

- ..... zł za .....

(słownie .....) )

proponowana liczba dyżurów miesięcznie: .....

preferowane dni tygodnia udzielania świadczeń (dotyczy dyżurów dziennych i nocnych):

.....

.....  
(podpis oferenta)



# Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łukowie

## ZAŁĄCZNIKI:

1. Kserokopia dokumentu potwierdzającego wpis do rejestrów: praktyk pielęgniarskich/położniczych, wpisu do centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej,
2. Kserokopie dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje: dyplomu, prawa wykonywania zawodu, dyplomu specjalizacji, potwierdzenia ukończenia kursów,
3. Kserokopia polisy OC lub pisemne oświadczenie o zobowiązaniu do jej przedstawienia w chwili podpisania umowy,
4. Kserokopia orzeczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy lub pisemne oświadczenie o zobowiązaniu do jej przedstawienia w chwili podpisania umowy,
5. Kserokopia aktualnego zaświadczenia o ukończeniu szkolenia w dziedzinie BHP lub pisemne oświadczenie o zobowiązaniu do jego przedstawienia w chwili podpisania umowy,
6. Informacja z Krajowego Rejestru Karnego:

1) w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego (w tym przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności),

2) w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r. poz. 172 oraz z 2022 r. poz. 2600),

3) lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego

*W związku ze zmianą od 15 lutego 2024 r. Ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (art.21 cyt. Ustawy, rozszerzający w sposób znaczący wymogi dotyczące osób zatrudnianych bądź dopuszczanych do innej działalności związanej z kontaktami z dziećmi), osoba którą SPZOZ w Łukowie zamierza zatrudnić, bądź dopuścić do innej działalności związanej z pracą z osobami małoletnimi, ma obowiązek zweryfikować czy widnieje w Rejestrze Sprawców Przystępstw na Tle Seksualnym oraz odebrać informację z KRK, przed dopuszczeniem do pracy bądź innych działalności związanych z kontaktem z dziećmi.*

.....  
(podpis oferenta)

Oświadczam, że dane i dokumenty z poprzednio zawartego kontraktu/ zlecenia nie uległy zmianie i są aktualne w stosunku do przedstawionej oferty w niniejszym konkursie. Wnoszę o uwzględnienie moich dokumentów z poprzedniego kontraktu do złożonej przeze mnie oferty.\*

.....  
(podpis oferenta)

\* wypełnić jeśli Oferent posiadał poprzednio kontrakt z SPZOZ.





# Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łukowie

W związku z wymogami art. 24 oraz art. 25 Ustawy z dnia 14 czerwca 2024 r. o ochronie sygnalistów w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Łukowie wdrożono **Procedurę dokonywania zgłoszeń naruszeń prawa i podejmowania działań następczych**, zawierającą:

1. rodzaje naruszeń prawa podlegające zgłoszeniom w SPZOZ w Łukowie;
2. osoby odpowiedzialne za przyjmowanie zgłoszeń wewnętrznych;
3. zasady zgłaszania informacji o naruszeniach prawa i podejmowania działań następczych;
4. warunki objęcia ochroną sygnalistów zgłaszających informacje o naruszeniach prawa;
5. środki ochrony sygnalistów;
6. tryb dokonywania zgłoszeń zewnętrznych.

Pełna treść wyżej wymienionego dokumentu dostępna jest w siedzibie SPZOZ w Łukowie.

.....

(podpis oferenta)