Załącznik nr 3 [13] do Zarządzenia
Dyrektora PIM MSWiA Nr 128/2026
z dnia 17 listopada 2026 r.

Warszawa, dnia…….

Państwowy Instytut Medyczny
MSWiA
ul. Wołoska 137
02 – 507 Warszawa

O F E R T A
na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie czynności zawodowych pielęgniarki/pielęgniarza

Nazwisko	
Imię	
PESEL	
Nr prawa wykonywania zawodu	
Specjalizacja w dziedzinie (stopień)/ kurs kwalifikacyjny	
Nr dokumentu specjalizacji	
Nr wpisu do rejestru praktyk wykonywanych w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego	
NIP	
REGON	
Nr telefonu	
Adres e-mail	
Adres do korespondencji	

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie czynności zawodowych pielęgniarki/pielęgniarza w siedzibie Udzielającego zamówienia zgodnie z przedmiotem zamówienia wskazanym w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert, na zasadach określonych we wzorze umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.

OFERENT OŚWIADCZA, IŻ:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert" oraz postanowieniami określonymi we wzorze umowy i je akceptuje.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie osobiście w siedzibie PIM MSWiA, w miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego zamówienia.
3. Dopuszcza na wniosek Udzielającego zamówienia, za zgodą obu stron, możliwość zmiany bądź rozszerzenia miejsca udzielania świadczeń oraz grupy świadczeniobiorców objętych umową.
4. Oświadcza, że spełnia warunki o których mowa w art. 19 ust. 1 pkt 1, 2, 3, 4, 6, 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, a w przypadku wykonywania działalności leczniczej jako indywidualnej specjalistycznej praktyki również art. 19 ust 2 pkt 2 wyżej wymienionej ustawy.
5. Posiada aktualne orzeczenie o stanie zdrowia od lekarza medycyny pracy wraz z badaniami przeprowadzonymi do celów sanitarno-epidemiologicznych (Zobowiązuje się do przedłożenia kopii orzeczenia o stanie zdrowia na dzień podpisania umowy.)*
6. Oświadcza, iż zobowiązuje się do odbycia przed rozpoczęciem realizacji umowy szkolenia wstępnego z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy organizowanego przez Udzielającego zamówienia w terminie ustalonym przez Udzielającego zamówienia, koszt szkolenia ponosi Udzielający zamówienia, a Przyjmującemu zamówienie nie przysługuje żadne wynagrodzenie za czas szkolenia.
7. Deklarowana liczba godzin wykonywania świadczeń zdrowotnych w miesiącu:
   ……..godzin wykonywania świadczeń zdrowotnych w miesiącu.
8. Proponuje następujące warunki wynagrodzenia:
   a) wysokość stawki w kwocie ..... zł. za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku wypracowania co najmniej 160 godzin miesięcznie,

b) wysokość stawki w kwocie ..... zł. za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku wypracowania mniej niż 160 godzin miesięcznie.

WAŻNE!!!!! W związku z wejściem w życie w dniu 12.07.2019 r. niektórych zapisów ustawy z dnia 22 listopada 2018 r o dokumentach publicznych (Dz. U z 2019 r poz.53) a w szczególności zapisu art 2 ust 1 pkt 6 w związku z art. 58 tejże Ustawy wszystkie kserokopie dokumentów publicznych kategorii I do III określonych w art 5 ust 2 w/w Ustawy i w rozporządzeniu RM w sprawie wykazu dokumentów publicznych (Dz.U z 2019 r. poz.1289) (w szczególności: Prawo wykonywania zawodu lekarza, Prawo wykonywania zawodu pielęgniarki, dyplom pielęgniarki specjalisty, świadectwo dojrzałości, dyplom ukończenia studiów itp.) dołączane do ofert konkursowych nie mogą spełniać kryteriów repliki dokumentu publicznego tzn. muszą być kopiami wielkości **70%.**

Osoby, które aktualnie posiadają zawarte umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w PIM MSWiA, zobowiązane są do załączenia do oferty jedynie brakujących lub nieaktualnych dokumentów, zgodnie z poniższym wykazem.

ZAŁĄCZNIKI:

1. Wydruk wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą wyłącznie w zakładzie leczniczym – *zał. nr 1*
2. Wydruk wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG) – *zał. nr 2*
3. Poświadczone kopie dokumentów dotyczących wykształcenia, prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarza, ukończonych kursów *–zał. 3a, 3b*, itd.).
4. Poświadczona kopia certyfikatu ukończenia kursu z przetaczania krwi i preparatów krwiopochodnych – *zał. nr 4*
5. Poświadczony min. 2 lata pracy na intensywnej terapii – *zał. nr 5*
6. Aktualne zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego – *zał. nr 6*
7. Inne kopie dokumentów potwierdzających wykształcenie i kwalifikacje zawodowe– *zał. nr 7*
8. Kserokopia aktualnej polisy OC lub oświadczenie złożone o przedłożeniu polisy – *zał. nr 8*
9. Opisany przebieg pracy zawodowej z uwzględnieniem nazw klinik/oddziałów, ilości lat praktyki zawodowej oraz zakresu wykonywanych zadań (CV zawodowe) - *zał. nr 9*
10. Kserokopia orzeczenia o stanie zdrowia od lekarza medycyny pracy wraz z badaniami przeprowadzonymi do celów sanitarno-epidemiologicznych lub oświadczenie złożone o przedłożeniu oświadczenia – *zał. nr 10*
11. Pełnomocnictwo wystawione zgodnie z szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu oferenta.

W przypadku, kiedy po sprawdzeniu wcześniej złożonych dokumentów, stwierdzony zostanie brak któregoś z załączników i powstanie konieczność uzupełnienia powyższego wykazu dokumentów, po rozpoczęciu udzielania świadczeń, wyrażam zgodę na wstrzymanie wypłaty należnych mi środków z tytułu realizacji umowy, do czasu dostarczenia brakujących dokumentów Udzielającemu zamówienia.

……

(*podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty*)

**-niepotrzebne skreślić*