

## FORMULARZ OFERTOWY

**Zamawiający:**  
**Dom Pomocy Społecznej w Bartoszycach**  
**ul. Bohaterów Monte Cassino 4**  
**11-200 Bartoszyce**

**Wykonawca:**

.....  
 .....  
 (Imię i nazwisko lub pełna nazwa firmy, adres, w zależności od podmiotu: PESEL/NIP, CEiDG/KRS)

reprezentowany przez: .....  
 (imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

Oferuję wykonanie zamówienia za cenę (wynagrodzenie ryczałtowe):

**Kryterium cena:**

Lp.	Przedmiot	Cena netto za godz. pracy	Kwota VAT	Cena brutto za godz. pracy(kol.4xkol.4)
1.	Godzina pracy			

Wszystkie dane zawarte w mojej ofercie są zgodne z prawdą i aktualne w chwili składania oferty.

.....f.  
 (miejscowość, data)

.....  
 (podpis)





11-200 Bartoszyce, ul. Boh. Monte Cassino 4, tel. /fax (89) 762 21 22  
e-mail: [dpsbartoszyce@poczta.onet.pl](mailto:dpsbartoszyce@poczta.onet.pl),

*Starość nie jest popularna – jest nieunikniona.*

DPS.DAG.224.7.2020.MG

Bartoszyce, 02.09.2020r.

## ZAPYTANIE OFERTOWE

Dyrektor Domu Pomocy Społecznej w Bartoszycach zwraca się z prośbą o złożenie oferty cenowej za 1h (brutto i netto) na świadczenie usług pielęgniarских na rzecz mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w Bartoszycach.

### 1. Opis przedmiotu zamówienia:

Przedmiotem zamówienia jest świadczenie usług pielęgniarских na rzecz mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w Bartoszycach polegających między innymi na:

- 1) Uczestniczeniu wraz z pracownikiem socjalnych Domu Pomocy Społecznej w Bartoszycach w przyjęciu mieszkańca do Domu Pomocy Społecznej zgodnie z obowiązującymi procedurami
- 2) Wykonywaniu zleconych przez lekarza zabiegów według obowiązujących metod.
- 3) Podawaniu mieszkańcom leków zleconych przez lekarza i dopilnowanie, aby leki były skutecznie przyjęte.
- 4) Notowaniu wykonywanych zleceń z ubiegłej doby w prowadzonej dokumentacji, tj.:
  - Książka raportów
  - Zeszyt zabiegów
  - Zeszyt zleceń
  - Zeszyt recept
  - Zeszyt wizyt domowych i wyjazdów do lekarza rodzinnego
  - Zeszyt konsultacji u lekarzy specjalistów
  - Zeszyt działań niepożądanych
  - Wykaz leków odstawionych mieszkańcom
  - Zeszyt ekspozycji zawodowej
  - Zeszyt wagi mieszkańców
  - Zeszyt środków medycznych i opatrunkowych kupowanych dla danego mieszkańca
  - Zeszyt pobytu w szpitalu i wezwań karetki medycznych czynności ratunkowych
  - Zeszyt konsultacji lekarza psychiatry
  - Wykaz diet według lekarza
  - Zeszyt badań
  - Karta informacyjna mieszkańca
  - Rejestr dowodów osobistych mieszkańców
  - Rejestr ruchu dokumentacji medycznej
  - Teczki z dokumentacją medyczną mieszkańców

- Książeczka pomiaru ciśnienia krwi
- Książeczka pomiaru poziomu glikemii
- 5) Zgłaszanie się na każde wezwanie mieszkańca.
- 6) Sporządzaniu sprawozdań w książce raportów pielęgniarskich z obserwacji o stanie zdrowia i zachowaniu mieszkańców.
- 7) Przygotowywaniu mieszkańców według otrzymanych zleceń do zabiegów i badań diagnostycznych.
- 8) Pobieraniu na zlecenie lekarza materiałów do badań analitycznych.
- 9) Życzliwym, taktownym i pełnym wyrozumiałości stosunku do mieszkańców.
- 10) Przekazywaniu swojej następczyni zleceń, które powinny być wykonywane na następnych zmianach, umawianiu wizyt lekarskich.
- 11) Czuwaniu nad utrzymaniu ciała, głowy, jamy ustnej mieszkańców i ich bielizny osobistej i pościelowej w należytej czystości.
- 12) Udzielaniu pomocy podczas zaspokajania potrzeb fizjologicznych.
- 13) W razie potrzeby prześcielenie łóżek i zmianie pościeli.
- 14) W razie potrzeby karmieniu chorych mieszkańców.
- 15) Czuwaniu nad bezpieczeństwem mieszkańców.
- 16) Obchodzeniu pomieszczeń mieszkańców podczas zmian dziennych ze szczególnym zwróceniem uwagi na chorych.
- 17) Bezzwłocznym zawiadomianiu przełożonej (koordynatora), pracownika socjalnego – koordynatora, lekarza, dyrektora DPS w razie:
  - niemożności wykonania zabiegu,
  - pogarszaniu się zdrowia mieszkańca.
  - podejrzeniu mieszkańca o chorobę zakaźną,
  - śmierci mieszkańca
- 18) Stałej współpracy z zespołem terapeutyczno-opiekuńczym.
- 19) Udziale w organizowanych przez dyrektora Domu szkoleniach w powyższym zakresie oraz prowadzenia działań z zakresu oświaty zdrowotnej dla mieszkańców i pracowników Domu.
- 20) W razie potrzeby udzielaniu pierwszej pomocy dla innych pracowników Domu Pomocy Społecznej w Bartoszytach.
- 21) W razie potrzeby wykonywaniu zadań wynikających z potrzeby doraźnego zastępstwa.
- 22) Zgłaszaniu skarg i wniosków zarówno w sprawach dotyczących mieszkańców jak i własnych.
- 23) Współpracy z lekarzem odnośnie prawidłowego leczenia oraz wykonywania zleconych zabiegów.

## **2. Termin wykonywania usług:**

Usługa winna być wykonywana do 12-stu godzin od 7.00 do 19.00 od poniedziałku do niedzieli we wszystkie święta oraz dni wolne od pracy. Umowa zostaje zawarta na czas określony, tj. od 01.10.2020r. do 31.12.2020r.



11-200 Bartoszyce, ul. Boh. Monte Cassino 4, tel. /fax (89) 762 21 22  
e-mail: [dpsbartoszyce@poczta.onet.pl](mailto:dpsbartoszyce@poczta.onet.pl)

*Starość nie jest popularna – jest nieunikniona.*

### **3. Warunki udziału w postępowaniu:**

Zamawiający wymaga aby usługa była realizowana przez osoby posiadające co najmniej 3 letni staż pracy, przy czym:

- uprawnienia do wykonywania zawodu pielęgniarki,
- uprawnienia do wykonywania czynności EKG, szczepień i innych zadań pielęgniarskich,
- minimum roczny staż pracy z osobami w podeszłym wieku, przewlekle somatycznie chorymi.

### **4. Termin złożenia oferty:**

Ofertę należy złożyć w Domu Pomocy Społecznej, 11-200 Bartoszyce, ul. Boh. Monte Cassino 4 w sekretariacie do dnia **18.09.2020r. do godz. 10.00**, lub e-mailem:

[dpsbartoszyce@poczta.onet.pl](mailto:dpsbartoszyce@poczta.onet.pl) lub przesłać faxem na nr 89 762-21-22.

Oferty złożone po terminie nie będą rozpatrywane.

### **5. Wykaz wymaganych oświadczeń i dokumentów:**

1. Wypełniony i podpisany Formularz Ofertowy w zakresie w jakim wykonawca ubiega się o udzielenie zamówienia – załącznik nr1.
2. Obowiązkowe ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej na świadczenia zdrowotne, na wszystkie zdarzenia oraz dobrowolne ubezpieczenie o odpowiedzialności cywilnej z tytułu wykonywania świadczeń zdrowotnych. Polise należy dostarczyć w dniu podpisania umowy.

### **6. Kryterium oceny ofert:**

Cena ofertowa – 100%

### **7. Osoba do kontaktu:**

Maria Kobuszewska – Dyrektor tel. 89 762-21-22

DYREKTOR  
Domu Pomocy Społecznej  
w Bartoszycach  
Maria Kobuszewska

