Sławków, 22.01.2024 r.

***Załącznik Nr 1 do Zarządzenia Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Sławkowie lek. med. Aleksandry Mura Nr 4/K/2024***

***dotyczące konkursu na stanowisko Pielęgniarki POZ.***

**OGŁOSZENIE**

1. **Udzielający Zamówienia:**

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sławkowie ul. PCK 3, 41-260 Sławków tel. 32-29-31-003, KRS 000000014071 Nip 637-19-43-704 Regon 356277562

1. **Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Sławkowie ogłasza konkurs na stanowisko pracy: pielęgniarki POZ**

**Miejsce wykonywania pracy:** Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sławkowie ul. PCK 3, 41-260 Sławków

**Wymiar etatu:** 1,00

**Liczba wolnych miejsc pracy:** 1

1. **Wymagania związane ze stanowiskiem pracy:**

1. Osoba, która:

1)    posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego albo

2)    ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, albo

3)    odbywa szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, albo

4)    odbywa kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, albo

5)    posiada tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa

- z którą Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej albo która wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, wybrana przez świadczeniobiorcę zgodnie z art. 9.

Bądź osoba, która:

1)    posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa: pediatrycznego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, przewlekle chorych i niepełnosprawnych, opieki długoterminowej, w ochronie zdrowia pracujących, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej albo

2)    ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: pediatrycznego, środowiskowego, środowiskowo- -rodzinnego, przewlekle chorych i niepełnosprawnych, opieki długoterminowej, w ochronie zdrowia pracujących, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, albo

3)    odbywa szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa: pediatrycznego, opieki długoterminowej, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, albo

4)    odbywa kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: pediatrycznego, opieki długoterminowej, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej

- udzielająca świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej przed dniem 31 grudnia 2024 r.

1. Pełna samodzielność przy rozwiązywaniu problemów.
2. Dyspozycyjność.

 4. Bardzo dobra znajomość obsługi urządzeń biurowych: komputer (w tym programu: Word), ksero, skan.

 5. Komunikatywność

 6. Wysoka kultura osobista

 7. Rzetelność

 8. Terminowość

 9. Mile widziana u kandydata:

- znajomość programu mMedica

1. **Zakres czynności:**
2. Opieka medyczna nad pacjentem,
3. Udzielanie pomocy medycznej zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami oraz doświadczeniem,
4. Prowadzenie dokumentacji medycznej ,
5. Współpraca z pracownikami SPZOZ Sławków
6. **Wymagane dokumenty i oświadczenia**
7. List motywacyjny
8. Podanie o pracę
9. Życiorys – curriculum vitae
10. Formularz ofertowy
11. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe
12. Dokumenty potwierdzające doświadczenie kandydata
13. Oświadczenie kandydata o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych
14. **Termin składania dokumentów:**

Do dnia 22.02.2024 r. tj. czwartek do godz. 09:00

1. **Miejsce składania dokumentów:**

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sławkowie ul. PCK 3, 41-260 Sławków

Pokój księgowości (nr. 25)

**6. Pozostałe informacje:**

Oferty należy składać w formie pisemnej, w zamkniętej kopercie z adnotacją:

**,,KONKURS OFERT NA PIELĘGNIARKĘ POZ ”** w księgowości Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Sławkowie ( pokój nr 25) do dnia 22.02.2024 r. do godz. 09:00.

Dokumenty , które wpłyną do SP ZOZ Sławków po wyżej określonym terminie (decyduje data wpływu w Zakładzie) oraz niekompletne nie będą rozpatrywane.

Kandydaci zakwalifikowani zostaną poinformowani telefonicznie o terminie ewentualnej rozmowy kwalifikacyjnej. Informacja o wyniku naboru zostanie opublikowana na stronie BIP Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Sławkowie.

Dodatkowe informacje można uzyskać w Zakładzie w pokoju księgowości (nr. 25) bądź pod nr tel: 32 293 -10-03 od godz. 08:00-14:00

 7.Otwarcie ofert nastąpi w dniu 23.02.2024 r. w pokoju księgowości ( nr 25) Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Sławkowie ul. PCK 3, 41-260 Sławków, o godz. 10:00

1. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi w terminie do 7 dni, licząc od dnia otwarcia ofert tj. do dnia 29.02.2024 r. do godz. 14:00 , poprzez ogłoszenie wyników na stronie internetowej SPZOZ Sławków: <https://bip.spzoz.slawkow.pl/> w zakładce: konkursy ofert, przetargi
2. SP ZOZ Sławków zastrzega sobie prawo do przesunięcia terminu składania ofert.
3. Wszystkie środki odwoławcze dotyczące postępowania konkursowego można składać w księgowości SP ZOZ Sławków ( pokój nr 25)
4. Dyrektor może odstąpić od naboru na każdym etapie procesu rekrutacji.
5. Dokumenty aplikacyjne osób, które w wyniku przeprowadzonego procesu rekrutacji nie zostaną zatrudnione w Zakładzie, będą odesłane do Osoby aplikującej na dane stanowisko listem poleconym w terminie do 7 dni od ogłoszenia wyników z postępowania.

***Załącznik Nr 2 do Zarządzenia Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Sławkowie lek. med. Aleksandry Mura Nr 4/K/2024***

**Formularz Ofertowy**

Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

udzielania …………………………………….

Dane oferenta ( imię, nazwisko, adres i siedziba )

Środki łączności:

Telefon……………………………….

e- mail…………………………………

Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą………………………….

Kwalifikacje zawodowe:

Oświadczam, ze do chwili obecnej **posiadam/ nie posiadam** umowy z udzielającym zamówienie.

Proponuję należność za realizację świadczeń zdrowotnych:………………………….

**Oświadczam ,ze zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert , wzorem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń.**

**Oświadczam, że spełniam warunki do udzielania świadczeń zdrowotnych na warunkach podanych w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert oraz w umowie.**

**Zobowiązuję się do wykonywania usług objętych umową z należyta starannością i wymogami wiedzy medycznej, zgodnie z warunkami umieszczonymi w szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert oraz w umowie. Zobowiązuję się do stosowania etyki lekarskiej. Zobowiązuję się do zawarcia umowy w terminie ustalonym z Zamawiającym.**

……………………………….dnia……………………..2024 r.

Podpis i pieczątka Przyjmującego Zamówienie.