

## FORMULARZ OFERTOWY 1

POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.

- usługi logopedy/neurologopedy -

w jednostkach organizacyjnych Spółki

Gdańsk, dnia 13.11.2023 r.

### 1. Dane identyfikacyjne Oferenta:

Nazwa, siedziba oferenta	
Nazwisko i Imię	
Numer Prawa Wykonywania Zawodu	
Nr telefonu kontaktowego	
Nazwa banku i nr konta	
NIP	
REGON	
Specjalizacja	
Adres e-mail	
Imiona rodziców, nazwisko rodowe i data urodzenia Oferenta <sup>1</sup>	
Nr i miejsce wpisu w ewidencji działalności gospodarczej	

### 2. Określenie rodzaju i zakresu świadczeń będących przedmiotem oferty

1. **Zakres świadczeń:** świadczenie usług zdrowotnych w:

\_\_\_\_\_ (proszę uzupełnić)\*

1 Dane niezbędne do sprawdzenia Oferenta w Rejestrze Sprawców Przepięstw na Tle Seksualnym

## FORMULARZ OFERTOWY 1

### POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.

- usługi logopedy/neurologopedy -

w jednostkach organizacyjnych Spółki

### 3. Opis kompetencji (oceniane)

KRYTERIUM	WAGA		Właściwe zaznaczyć krzyżykiem
<b>1. KWALIFIKACJE ZAWODOWE i DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE (oferent posiada)</b>			
<b>Wykształcenie/uprawnienia (potwierdzone odpowiednimi dokumentami)</b>			
Tytuł magistra (kierunek logopedia)	5	pkt	
Specjalność neurologopedia	2	pkt	
Inny tytuł naukowy	0	pkt	
Doświadczenie zawodowe w udzielaniu porad logopedycznych min. 3 lata	2	pkt	
<b>Dodatkowe kwalifikacje (potwierdzone odpowiednimi dokumentami)</b>			
Inne, (Jakie: _____)	1	pkt	
KRYTERIUM	WAGA		Właściwe zaznaczyć krzyżykiem
<b>2. DOTYCHCZASOWE, NIENAGANNE ŚWIADCZENIE PRACY LUB USŁUG NA RZECZ PCT, SZPITALA ŚW. WOJCIECHA LUB COPERNICUS PL SP. Z O.O. lub innej jednostki, POTWIERDZONE OPINIĄ BEZPOŚREDNIEGO PRZEŁOŻONEGO</b>			
tak	5	pkt	
nie	0	pkt	
KRYTERIUM	WAGA		
<b>3. KRYTERIUM CENY</b>			
Maksymalna ilość punktów za każde świadczenie*	3		pkt

### OBJAŚNIENIA dot. tabeli z pkt. 3 formularza

#### AD. CZ. 1

Punkty uzyskane w części 1 (kwalifikacje/doświadczenie zawodowe) sumują się. Oferent otrzymuje punkty w sytuacji dołączenia do oferty kopii dokumentów potwierdzających kwalifikacje/doświadczenie.

#### AD. CZ. 2

Warunkiem naliczenia punktów jest uzyskanie pozytywnej opinii/rekomendacji osoby zarządzającej daną jednostką, której dotyczy oferta.

#### AD. CZ. 3

Punkty za kryterium wyliczone zostaną zgodnie z załączonym poniżej wzorem:

$$Wc = Cmin / Co \times W$$

Wc - liczba punktów przyznanych za cenę

Cmin - cena minimalna (najniższa wartość Co spośród wszystkich złożonych)

Co - cena oferowana

W\*\* - waga kryterium

\*maksymalna ilość punktów jaką może otrzymać oferent po zapoznaniu się Komisji Konkursowej ze wszystkimi ofertami w danym zakresie zadań i wyłonieniu ceny minimalnej za dane świadczenie

\*\* waga kryterium jest równa 3 dla każdego świadczenia

## FORMULARZ OFERTOWY 1

### POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.

- usługi logopedy/neurologopedy -

w jednostkach organizacyjnych Spółki

---

#### 4. Oferta cenowa:

Zadanie i miejsce świadczenia usług	Miara	Cena za punkt/stawka
Świadczenie usług - Poradnia*.....	Punkt	
Świadczenie usług - Oddział*.....	Punkt	
Dodatkowe świadczenia (realizowane w ramach umowy ze Spółką).....	Punkt/Stawka	

\*proszę uzupełnić nazwę poradni/oddziału i lokalizację

#### 5. Inne informacje mogące mieć znaczenie przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych

---

---

#### 6. Oświadczenie Oferenta zgodne ze wzorem stanowiącym Załącznik nr 1 do niniejszego Formularza Ofertowego

#### 7. Do Formularza Ofertowego należy dołączyć:

1. Kopię dokumentów potwierdzających kwalifikacje: prawo wykonywania zawodu bez ograniczeń (jeśli dotyczy) dokumenty potwierdzające uzyskane kwalifikacje (dyplom specjalizacji, certyfikaty, zaświadczenia ukończenia kursów specjalizacyjnych, kwalifikacyjnych oraz inne dokumenty potwierdzające uzyskane kompetencje),
2. Kopię dokumentów rejestracyjnych:  
wypisu z właściwego rejestru Okręgowej Izby Lekarskiej – na podstawie art. 18 lub 19 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (jeśli dotyczy),  
zaświadczenie o dokonaniu wpisu do ewidencji działalności gospodarczej -wydruk w CEIDG.
3. Kopię polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami, lub oświadczenie, że oferent wykupi taką polisę i dostarczy ją najpóźniej w dniu podpisania umowy,
4. Kopię zaświadczenia o braku przeciwwskazań do udzielania świadczeń zdrowotnych wydane przez lekarza medycyny pracy.
5. Oryginał pełnomocnictwa w przypadku, o którym mowa w § 6 *Regulaminu* (jeśli dotyczy).

.....  
Podpis Oferenta

## FORMULARZ OFERTOWY 1

### POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.

- usługi logopedy/neurologopedy -

w jednostkach organizacyjnych Spółki

---

#### Załącznik nr 1 do Formularza ofertowego

Dane Oferenta:

Nazwa: \_\_\_\_\_

adres: \_\_\_\_\_

nr telefonu: \_\_\_\_\_

#### Oświadczenie Oferenta

Oświadczam, że:

- 1) Zapoznałam/-em się z treścią Ogłoszenia konkursu ofert z dnia .....r.
- 2) Zapoznałam/-em się z treścią Regulaminu przeprowadzania konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych, Zasadami i szczegółowymi warunkami konkursu (Załącznik Nr 1 do w/w Regulaminu) oraz wzorem umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne.
- 3) Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia, które potwierdzam stosownymi dokumentami załączonymi do niniejszej oferty.
- 4) Załączone kserokopie dokumentów wykonane zostały z oryginału dokumentu, a zawarte w nich dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
- 5) Oświadczam, że nie jestem:
  - a. zawieszona/y w prawie wykonywania zawodu albo ograniczona/y w wykonywaniu określonych czynności zawodowych na podstawie przepisów o zawodach pielęgniarstwa i położnej/fizjoterapeuty lub przepisów o samorządzie pielęgniarek i położnych / przepisach o zawodzie fizjoterapeuty,
  - b. pozbawiona/y możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszona/y w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym.
- 6) W COPERNICUS PL sp. z o.o. w Gdańsku świadczę pracę/nie świadczę pracy\*\* na podstawie stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej. W przypadku pozostawania w zatrudnieniu na podstawie stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej (zlecenie), oświadczam, że z chwilą podpisania umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne złożę w COPERNICUS PL sp. z o.o. wniosek o rozwiązanie łączącej mnie z COPERNICUS PL sp. z o.o. umowy za porozumieniem stron.
- 7) Oświadczam, że palę papierosy/nie palę papierosów/odmawiam udzielenia odpowiedzi\*\*,
- 8) Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez spółkę COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o., ul. Nowe Ogrody 1-6 w Gdańsku, dla potrzeb niezbędnych do realizacji świadczeń medycznych określonych w ofercie/umowie, zgodnie z ustawą z dnia 10.05.2018r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. z 2018r., poz.1000 z późn. zm.).  
Przyjmuję do wiadomości, że przysługuje mi prawo wglądu do treści moich danych oraz ich poprawiania.

## FORMULARZ OFERTOWY 1

### POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.

- usługi logopedy/neurologopedy -

w jednostkach organizacyjnych Spółki

**\*\*właściwe zaznaczyć**

**\* dotyczy pielęgniarek, położnych oraz fizjoterapeutów**

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczętka, podpis)

#### KLAUZULA INFORMACYJNA – INFORMACJA DLA OSÓB WSPÓŁPRACUJĄCYCH W RAMACH UMOWY CYWILNOPRAWNEJ

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję że:

- 1.Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o. z siedzibą w Gdańsku ul. Nowe Ogrody 1-6, 80-803 Gdańsk;
- 2.Inspektorem ochrony danych w COPERNICUS Podmiot leczniczy Sp. z o.o. jest **Andrzej Kopytek**, adres e-mail: [akopytek@wss.gda.pl](mailto:akopytek@wss.gda.pl), nr telefonu 58 76 40 339;
- 3.Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia procesu konkursu na udzielanie świadczeń, zawarcia umowy oraz rozliczeń księgowych realizowanych w COPERNICUS PL Sp. z o.o. w Gdańsku na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. , Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
- 4.Dane mogą zostać udostępnione podwykonawcom Copernicus Podmiot Leczniczy Sp. z o.o. realizującym określonym w pkt 3 cele tj. m. in. dostawcom usług IT, podmiotom przechowującym dokumentację
- 5.Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego;
- 6.Po zawarciu umowy Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat po zakończeniu umowy (licząc od roku następnego).
- 7.Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu.
- 8.Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
- 9.Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Jest Pani/Pan zobowiązany do ich podania, konsekwencją niepodania danych osobowych będzie niemożliwość zatrudnienia.
- 10.Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą podlegały profilowaniu.
- 11.Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane służbom Głównego Inspektora Sanitarnego lub innym służbom kryzysowym w celu podjęcia czynności zapobiegawczych lub kontrolnych i współdziałania z innymi organami administracji publicznej w czasie trwania epidemii.
- 12.W celu ochrony zdrowia i życia pracowników oraz zapewnienia bezpiecznych i higienicznych warunków pracy Pani/Pana dane dodatkowe takie jak: informacje o miejscu przebywania podczas urlopu lub w związku z pomiarem temperatury mogą być przetwarzane przez COPERNICUS PL Sp. z o.o. przez czas trwania epidemii.
- 13.Spółka objęta jest monitoringiem video. Udzielający zamówienie uprawniony jest również do monitoringu przeglądanych przez Przyjmującego zamówienie stron internetowych, sposobu korzystania z elektronicznej poczty

**FORMULARZ OFERTOWY 1**

**POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.**

**- usługi logopedy/neurologopedy -**

**w jednostkach organizacyjnych Spółki**

---

służbowej oraz sposobu korzystania ze służbowego sprzętu komputerowego. Cele, zakres oraz sposób zastosowania monitoringu określono w aktach regulujących porządek pracy w Spółce.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczęćka, podpis Oferenta)