

## FORMULARZ OFERTOWY 2

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

- usługi psychologa-

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 Przepęstw na Tle Seksualnym

## FORMULARZ OFERTOWY 2

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

- usługi psychologa-

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>			
Mgr psychologii	2	pkt	
<b>Dodatkowe kwalifikacje (potwierdzone odpowiednimi dokumentami, aby uzyskać punkty)</b>			
Udokumentowane doświadczenie w pracy na oddziałach szpitalnych minimum 5 lat	3	pkt	
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 aktualnie wchodzącej w skład Spółki, POTWIERDZONE OPINIĄ lub REKOMENDACJĄ BEZPOŚREDNIEGO PRZEŁOŻONEGO</b>			
nie	0	pkt	
tak	5	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

##### AD. CZ. 2

Warunkiem naliczenia punktów jest uzyskanie pozytywnej opinii/rekomendacji bezpośredniego przełożonego.

##### 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 2

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

- usługi psychologa-

w jednostkach organizacyjnych Spółki

### 4. Oferta cenowa:

Miejsce świadczenia usług	Miara	Cena za punkt/godzinę	Liczba punktów/godzin miesięcznie
Świadczenie usług w* .....	Stawka		
Dodatkowe świadczenia (realizowane w ramach umowy ze Spółką).....	Punkt/Godzina		

\*proszę uzupełnić

### 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) Kopię zaświadczenia o ukończeniu szkolenia z zakresu BHP (szkolenie okresowe),
- 6) Oryginał pełnomocnictwa w przypadku o którym mowa w § 6 Regulaminu przeprowadzania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy (jeśli dotyczy).

.....

Podpis Oferenta

## FORMULARZ OFERTOWY 2

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

- usługi psychologa-

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.

\*\*właściwe zaznaczyć

\* dotyczy pielęgniarek, położnych oraz fizjoterapeutów

## FORMULARZ OFERTOWY 2

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

- usługi psychologa-

w jednostkach organizacyjnych Spółki

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczęćka, 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 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)