

**FORMULARZ OFERTOWY 3**

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

**usługi psychologa klinicznego**

**jednostki organizacyjne Spółki COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.**

Gdańsk, dnia 13.11.2023 r.

**1. Dane identyfikacyjne Oferenta:**

Nazwa, siedziba oferenta	
Nazwisko i Imię (nazwisko rodowe)	
Numer Prawa Wykonywania Zawodu	
Nr telefonu kontaktowego	
Nazwa banku i nr konta	
NIP	
REGON	
Specjalizacja	
Data urodzenia, nazwisko rodowe, imiona rodziców Oferenta	
Adres e-mail	
Nr i miejsce wpisu w ewidencji działalności gospodarczej	

**2. Określenie miejsca świadczenia usług psychologicznych:**

---

---

---

Deklarowana liczba godzin pracy \_\_\_\_\_

## FORMULARZ OFERTOWY 3

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

**usługi psychologa klinicznego**

**jednostki organizacyjne Spółki COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.**

### 3. Opis kompetencji (oceniane)

KRYTERIUM	WAGA		Właściwie zaznaczyć krzyżykiem
<b>1. KWALIFIKACJE/DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE</b>			
Specjalista/w trakcie specjalizacji	3	pkt	
Ukończone studia podyplomowe z zakresu neuropsychologii	1	pkt	
Doświadczenie zawodowe w pracy klinicznej >5 lat	3	pkt	
Inne: .....	1	pkt	
KRYTERIUM	WAGA		Właściwie zaznaczyć krzyżykiem
<b>2. DOTYCHCZASOWE, NIENAGANNE ŚWIADCZENIE PRACY LUB USŁUG NA RZECZ PCT, SZPITALA ŚW. WOJCIECHA, WCO LUB COPERNICUS PL SP. Z O.O. POTWIERDZONE OPINIĄ lub REKOMENDACJĄ</b>			
nie	0	pkt	
tak	5	pkt	
KRYTERIUM	WAGA		Proszę przy odpowiednim przedziale wpisać deklarowaną liczbę godzin
<b>3. GOTOWOŚĆ DO ŚWIADCZENIA USŁUG POZA USTALONYM GRAFIKIEM W SYTUACJACH LOSOWYCH, WEDŁUG ZAPOTRZEBOWANIA ZAMAWIAJĄCEGO</b>			
tak	3	pkt	
nie	0	pkt	
<b>4. 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 zawodowe), sumują się

##### AD. CZ. 2 -

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

##### AD. CZ. 4 -

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 3

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

usługi psychologa klinicznego

jednostki organizacyjne Spółki COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.

#### 4. Oferta cenowa:

Miejsce świadczenia usług	Miara	Cena za punkt/godzinę	Liczba punktów/godzin miesięcznie
Udzielanie świadczeń zdrowotnych/konsultacje pacjentów <b>na rzecz Oddziałów:</b> Oddział Neurologiczny, Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku oraz Oddział Udarowy, Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku	Stawka		
Dodatkowe świadczenia (realizowane w ramach umowy ze Spółką).....	Punkt/Stawka		

#### 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. kopie 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. kopie 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), wydruk w CEIDG, wydruk RPWDL
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. kopie zaświadczenia o braku przeciwwskazań do udzielania świadczeń zdrowotnych wydane przez lekarza medycyny pracy,
5. oryginał pełnomocnictwa w przypadku o którym mowa w § 6 *Regulaminu przeprowadzania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy*
6. zaświadczenie o odbyciu kursu ochrony radiologicznej (dot. specjalistów Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu)

### FORMULARZ OFERTOWY 3

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

usługi psychologa klinicznego

jednostki organizacyjne Spółki COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.

---

#### 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 pielęgniarstwa 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 pielęgniarstwa, położnych oraz fizjoterapeutów**

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć, podpis)

### FORMULARZ OFERTOWY 3

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

#### usługi psychologa klinicznego

#### jednostki organizacyjne Spółki COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.

---

#### KLAUZULA INFORMACYJNA

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 będą udostępniane podmiotom innym niż uprawnione na mocy przepisów prawa.
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. Spółka objęta jest monitoringiem video. Pracodawca uprawniony jest również do monitoringu przeglądanych przez pracownika 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.

.....  
Podpis Oferenta