Gdańsk, dnia 12.03.2018r.

1. **Dane identyfikacyjne Oferenta:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa, siedziba oferenta |  |
| Nazwisko i Imię |  |
| Numer Prawa Wykonywania Zawodu |  |
| Nr telefonu kontaktowego |  |
| Nazwa banku i nr konta |  |
| NIP |  |
| REGON |  |
| Adres e-mail |  |
| Specjalizacja |  |
| Nr i miejsce wpisu w ewidencji działalności gospodarczej |  |

1. **Określenie rodzaju i zakresu świadczeń będących przedmiotem oferty**
2. **Zakres świadczeń:** świadczenie usług zdrowotnych w

Oddziale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.*(proszę wpisać oddział)*

Poradni\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(proszę wpisać poradnie)*

Deklarowana liczba godzin pracy(bez dyżurów) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Opis kompetencji (oceniane)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **KRYTERIUM** | **WAGA** | | **Właściwe zaznaczyć krzyżykiem** | | | | | **1. KWALIFIKACJE ZAWODOWE Oferent posiada** | | | | | | | | **1.1 Tytuł naukowy** | | | | | | | | Profesora | 2 | pkt |  | | | | | Doktora habilitowanego | 1 | pkt |  |  |  | | | Doktora nauk medycznych | 1 | pkt |  | | | | | **1.1 STOPIEŃ SPECJALIZACJI** | | | | | | | | Specjalista | 3 | pkt |  | | | | | II° specjalizacji | 3 | pkt |  | | | | | I° specjalizacji | 2 | pkt |  | | | | | W trakcie specjalizacji | 1 | pkt |  | | | | | **1.2 Dodatkowe kwalifikacje (potwierdzone certyfikatami odpowiednich instytucji)** | | | | | | | | Endoskopia | 1 | pkt |  | | | | | Inne, (Jakie:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) | 1 | pkt |  | | | | | **KRYTERIUM** | **WAGA** | **Właściwe zaznaczyć krzyżykiem** | | | | | | **2. DOTYCHCZASOWE, NIENAGANNE ŚWIADCZENIE PRACY LUB USŁUG NA RZECZ PCT, SZPITALA ŚW. WOJCIECHA, WCO LUB COPERNICUS PL SP. Z O.O. POTWIERDZONE OPINIĄ LEKARZA PEŁNIĄCEGO NADZÓR MERYTORYCZNY** | | | | | | | | Brak |  | pkt |  | | | | | do 2 lat | 1 | pkt |  | | | | | od 2 do 4 lat | 2 | pkt |  | | | | | powyżej 4 lat | 3 | pkt |  | | | | | **KRYTERIUM** | **WAGA** | | **Proszę przy odpowiednim przedziale wpisać deklarowaną liczbę godzin** | | | | | **3. GOTOWOŚĆ DO PEŁNIENIA DYŻURÓW/ŚWIADCZENIA USŁUG POZA USTALONYM GRAFIKIEM W SYTUACJACH LOSOWYCH, WEDŁUG ZAPOTRZEBOWANIA ZAMAWIAJĄCEGO** | | | | | | | | TAK | 3 | pkt |  | | | | | NIE |  | pkt |  | | | | |  |  | |  | | | | |  |  | |  | | | | | **OBJAŚNIENIA** |  | |  | | | | | **AD. CZ. 1 FORMULARZA** - Punkty uzyskane w części 1 (kwalifikacje zawodowe) sumują się |  |  |  | |  |  | | **AD. CZ. 2 FORMULARZA** - Warunkiem naliczenia punktów jest uzyskanie pozytywnej opinii bezpośredniego przełożonego. | | | | | | | | Do obliczeń stosuje się każdy pełny rok kalendarzowy pracy. | | | | | | | | Punkty z kolejnych lat nie sumują się. | | | | | | | |  |  |  |  |  |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |

1. **Oferta cenowa:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  |
| **Zadanie** | **Miara** | **Cena 1 pkt rozliczeniowego/ konsultacji / świadczenia** | **liczba punktów rozliczeniowych/konsultacji / świadczeń miesięcznie** |
| wykonywanie świadczeń medycznych w oddziale (w tym dyżury) i w Poradni | Punkt rozliczeniowy |  |  |
| wykonywanie świadczeń medycznych na rzecz pacjentów komercyjnych w poradni | Cena/świadczenie |  |  |
| Konsultacje na rzecz pacjentów zewnętrznych poza zasadniczym miejscem udzielania świadczeń | Cena/konsultację |  | - |
| Wykonywanie świadczeń medycznych na rzecz pacjentów komercyjnych w oddziale | Cena/świadczenie |  | - |

1. **Inne informacje mogące mieć znaczenie przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Oświadczenie Oferenta zgodne ze wzorem stanowiącym** **Załącznik nr 1 do niniejszego** ***Formularza Ofertowego***
2. **Do *Formularza Ofertowego* należy dołączyć:**
3. kopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje:

⁪ prawo wykonywania zawodu bez ograniczeń,

⁪ dokumenty potwierdzające uzyskane kwalifikacje (dyplom specjalizacji, certyfikaty, zaświadczenia ukończenia kursów specjalizacyjnych, kwalifikacyjnych oraz inne dokumenty potwierdzające uzyskane kompetencje),

1. 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,

⁪ zaświadczenie o dokonaniu wpisu do ewidencji działalności gospodarczej

1. wydruk w CEIDG,
2. 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,
3. kopie zaświadczenia o braku przeciwwskazań do udzielana świadczeń zdrowotnych wydane przez lekarza medycyny pracy,
4. oryginał pełnomocnictwa w przypadku o którym mowa w § 6 *Regulaminu przeprowadzania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy*

............................................................

Podpis Oferenta

**Załącznik nr 1 do *Formularza ofertowego***

Dane Oferenta:

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

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

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

## Oświadczenie Oferenta

**Oświadczam, że jako oferent:**

1. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia oraz ze wszystkimi informacjami zawartymi w Szczegółowych warunkach konkursu ofert o udzielanie świadczeń zdrowotnych, określonych przez Copernicus Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.,
2. Posiadam uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych złożoną ofertą, w tym Prawo Wykonywania Zawodu bez ograniczeń oraz uprawnienia i znajomość przepisów związanych z orzekaniem o niezdolności do pracy oraz wypisywaniem recept
3. Posiadam ubezpieczenie o odpowiedzialności cywilnej /zawrę umowę o odpowiedzialności cywilnej i dostarczę kopię polisy najpóźniej w dniu podpisania umowy\*;
4. Dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym,
5. Nie wnoszę zastrzeżeń do projektu umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w umowie, w miejscu i w terminie wyznaczonym przez udzielającego zamówienie,
6. Samodzielnie rozliczam się z urzędem skarbowym,
7. Zgłosiłem /łam swoja działalność gospodarczą w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych celem rozliczenia z tytułu ubezpieczenia społecznego oraz ubezpieczenia zdrowotnego.
8. Wyrażam zgodę na pracę w systemie dyżurowym ( w dni powszednie w godzinach od 14:35 do 07:00 dnia następnego oraz w dni świąteczne w godzinach od 07:00 do 07:00 dnia następnego)
9. Wyrażam zgodę na pracę w Poradniach Przychodni Przyszpitalnej
10. Oświadczam, że nie byłem/-am karany/-a za przewinienia/przestępstwa umyślne
11. 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 udzielania świadczeń w ramach umowy cywilnoprawnej, oświadczam, że z chwilą podpisania umowy o świadczenie usług zdrowotnych złożę w COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o. wniosek o rozwiązanie łączącej mnie z COPERNICUS PL Sp. z o.o. umowy za porozumieniem stron.

............................................................ .............................................................

(miejscowość, data) (pieczątka, podpis)

*\*niepotrzebne skreślić*