Gdańsk, dnia 06.04.2018r.

1. **Dane identyfikacyjne Oferenta:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa, siedziba oferenta |  |
| Nazwisko i Imię |  |
| Numer Prawa Wykonywania Zawodu |  |
| Nr telefonu kontaktowego |  |
| Nazwa banku i nr konta |  |
| NIP |  |
| REGON |  |
| Specjalizacja |  |
| Imiona rodziców i nazwisko rodowe Oferenta[[1]](#footnote-1)  |  |
| Adres e-mail |  |
| 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)*

Deklarowana liczba godzin pracy dyżurowej[[2]](#footnote-2) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + 1. minimalna\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
		2. maksymalna \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
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 godziny** | **Deklarowana liczba godzin miesięcznie** |
| Dyżury na Oddziale | godzina |   |   |

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:
4. prawo wykonywania zawodu bez ograniczeń,
5. dokumenty potwierdzające uzyskane kwalifikacje (dyplom specjalizacji, certyfikaty, zaświadczenia ukończenia kursów specjalizacyjnych, kwalifikacyjnych oraz inne dokumenty potwierdzające uzyskane kompetencje),
6. kopie dokumentów rejestracyjnych:
7. wypisu z właściwego rejestru Okręgowej Izby Lekarskiej – na podstawie art. 18 lub 19 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej,
8. zaświadczenie o dokonaniu wpisu do ewidencji działalności gospodarczej,
9. 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,
10. kopie zaświadczenia o braku przeciwwskazań do udzielana świadczeń zdrowotnych wydane przez lekarza medycyny pracy,
11. oryginał pełnomocnictwa w przypadku o którym mowa w § 6 *Regulaminu przeprowadzania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy*
12. Zaświadczenie o odbyciu kursu ochrony radiologicznej (dot. specjalistów Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu)

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

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 w momencie podpisania umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne zobowiązuję się dostarczyć zgodę kierownika specjalizacji na samodzielne pełnienie dyżurów – dotyczy lekarzy w trakcie specjalizacji
11. Oświadczam, że nie byłem/-am karany/-a za przewinienia/przestępstwa umyślne
12. 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*

1. [↑](#footnote-ref-1)
2. 1 Dane niezbędne do sprawdzenia Oferenta w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym

2 Pole obowiązkowe [↑](#footnote-ref-2)