

**FORMULARZ OFERTOWY**  
**POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.**  
**- usługi lekarza –**  
**w Pracowni Neurofizjologii przy Szpitalu im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku**

Gdańsk, dnia 06.12.2022r.

**1. Dane identyfikacyjne Oferenta:**

Nazwa, siedziba oferenta	
Nr telefonu kontaktowego	
Nazwa banku i nr konta	
NIP	
REGON	

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

1. **Zakres świadczeń:** świadczenie usług zdrowotnych w Pracowni \_\_\_\_\_ (proszę uzupełnić)

**3. Dane identyfikacyjne i opis kompetencji:**

1. WYKAZ OSÓB UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ I ICH KWALIFIKACJE ZAWODOWE			
* szczegółowe informacje proszę uzupełnić w załączniku do formularza dostępnym na str. 6 formularza			
KRYTERIUM	WAGA		Właściwe zaznaczyć krzyżykiem
Specjalizacja	3	pkt	
W trakcie specjalizacji	1	pkt	
Dodatkowe kwalifikacje (jakie?).....	1	pkt	
2. DOTYCHCZASOWA WSPÓŁPRACA Z COPERNICUS PL SP. Z O.O. POTWIERDZONA OPINIĄ LEKARZA PEŁNIĄCEGO NADZÓR MERYTORYCZNY			
KRYTERIUM	WAGA	Właściwe zaznaczyć krzyżykiem	
Brak	0	pkt	
do 2 lat	1	pkt	
od 2 do 4 lat	2	pkt	
powyżej 4 lat	3	pkt	

**FORMULARZ OFERTOWY**  
**POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Lecznicy Sp. z o.o.**  
**- usługi lekarza -**  
**w Pracowni Neurofizjologii przy Szpitalu im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku**

KRYTERIUM	WAGA	
<b>3. KRYTERIUM CENY</b>		
Maksymalna ilość punktów*	3	pkt

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

AD. CZ. 1 -

Punkty uzyskane w części 1 (kwalifikacje zawodowe) sumują się, oferent otrzymuje punkty tylko za jedną specjalizację

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

**4. Oferta cenowa:**

Zadanie	Miara	cena 1 konsultacji/ 1 badania	Liczba konsultacji / badań
Wykonywanie monitoringu śródoperacyjnego - konsultacje	Stawka		
Wykonywanie DBS	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 zawodowe: prawo wykonywania zawodu bez ograniczeń,

**FORMULARZ OFERTOWY**  
**POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Lecznicy Sp. z o.o.**  
**- usługi lekarza -**  
**w Pracowni Neurofizjologii przy Szpitalu im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku**

---

2. Dokumenty potwierdzające uzyskane kwalifikacje (dyplom specjalizacji, certyfikaty, zaświadczenia ukończenia kursów specjalizacyjnych, kwalifikacyjnych oraz inne dokumenty potwierdzające uzyskane kompetencje),
3. 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,
4. 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,
5. Kopię zaświadczenia o braku przeciwwskazań do udzielania świadczeń zdrowotnych wydane przez lekarza medycyny pracy,
6. Oryginał pełnomocnictwa w przypadku, o którym mowa w § 6 *Regulaminu przeprowadzania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy*,
7. 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 Lecznicy 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 swoją 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 Przychodni Przychodni\*.
10. Oświadczam, że w momencie podpisania umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne zobowiązuję się dostarczyć zgodę kierownika specjalizacji na samodzielne pełnienie

**FORMULARZ OFERTOWY**  
**POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Lecznicy Sp. z o.o.**  
**- usługi lekarza –**  
**w Pracowni Neurofizjologii przy Szpitalu im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku**

---

dyżurów – dotyczy lekarzy w trakcie specjalizacji\*.

11. Oświadczam, że nie byłem/łam 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 Lecznicy Sp. z o.o. wnioski o rozwiązanie łączącej mnie z COPERNICUS PL Sp. z o.o. umowy za porozumieniem stron.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczęćka, podpis)

*\*niepotrzebne skreślić*

**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 Lecznicy Sp. z o.o. z siedzibą w Gdańsku ul. Nowe Ogrody 1-6, 80-803 Gdańsk;
2. Inspektorem ochrony danych w COPERNICUS Podmiot Lecznicy 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 Lecznicy 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

**FORMULARZ OFERTOWY**  
**POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Lecznicy Sp. z o.o.**  
**- usługi lekarza –**  
**w Pracowni Neurofizjologii przy Szpitalu im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku**

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.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczętka, podpis Oferenta)

**Załącznik do formularza ofertowego (dotyczy punktu 3.1.) z dnia 05.12.2022**

<b>WYKAZ OSÓB UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ I ICH KWALIFIKACJE ZAWODOWE* proszę uzupełnić każde pole</b>			
KRYTERIUM	WAGA		Właściwe zaznaczyć krzyżykiem
Imię i Nazwisko			
Numer prawa wykonywania zawodu			
Specjalizacja	3	pkt	
W trakcie specjalizacji	1	pkt	
Imiona rodziców, nazwisko rodowe i data urodzenia <sup>1</sup>			
Adres e-mail			
Dodatkowe kwalifikacje (jakie?).....	1	pkt	

<sup>1</sup> Dane niezbędne do sprawdzenia Oferenta w Rejestrze Sprawców Przepięstw na Tle Seksualnym