

FORMULARZ OFERTOWY 7
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.
- usługi lekarza -

**Oddział Dermatologii, Szpital Św. Wojciecha w Gdańsku lub Poradnia Dermatologiczna, Poradnia Alergologiczna,
Przychodnia Przychodnia Przychodnia Przychodnia przy Szpitalu Św. Wojciecha w Gdańsku lub Poradnia Alergologiczna, Poradnia Skórno-
Wenerologiczna, Przychodnia Przychodnia Przychodnia przy Szpitalu im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku**

Gdańsk, dnia 07.11.2022r.

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, nazwisko rodowe i data urodzenia Oferenta ¹	
Adres e-mail	

2. Określenie rodzaju i zakresu świadczeń będących przedmiotem oferty

1. **Zakres świadczeń:** świadczenie usług zdrowotnych w Oddziale _____ (proszę wpisać oddział)

¹ Dane niezbędne do sprawdzenia Oferenta w Rejestrze Sprawców Przepływów na Tle Seksualnym

FORMULARZ OFERTOWY 7
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Lecznicy Sp. z o.o.
- usługi lekarza -

Oddział Dermatologii, Szpital Św. Wojciecha w Gdańsku lub Poradnia Dermatologiczna, Poradnia Alergologiczna, Przychodnia Przychodnia przy Szpitalu Św. Wojciecha w Gdańsku lub Poradnia Alergologiczna, Poradnia Skórno-Wenerologiczna, Przychodnia Przychodnia przy Szpitalu im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku

3. Opis kompetencji (oceniwane)

KRYTERIUM	WAGA	Właściwe zaznaczyć krzyżykiem
1. KWALIFIKACJE ZAWODOWE Oferent posiada		
1.1. STOPIEŃ SPECJALIZACJI		
Specjalista	3	pkt
II ^o specjalizacji	3	pkt
I ^o specjalizacji	2	pkt
W trakcie specjalizacji	1	pkt
1.2. Dodatkowe kwalifikacje (potwierdzone certyfikatami odpowiednich instytucji)		
Ultrasonografia	1	pkt
Inne, (Jakie: _____)	1	pkt
KRYTERIUM	WAGA	Właściwe zaznaczyć krzyżykiem
2. DOTYCHCZASOWE, NIENAGANNE ŚWIADCZENIE PRACY LUB USŁUG NA RZECZ PCT, SZPITALA ŚW. WOJCIECHA LUB COPERNICUS PL SP. Z O.O. POTWIERDZONE OPINIA*		
Brak		pkt
do 2 lat	1	pkt
od 2 do 4 lat	2	pkt
powyżej 4 lat	3	pkt
KRYTERIUM	WAGA	Właściwe zaznaczyć krzyżykiem
3. GOTOWOŚĆ DO PEŁNIENIA DYŻURÓW/ŚWIADCZENIA USŁUG POZA USTALONYM GRAFIKIEM W SYTUACJACH LOSOWYCH, WEDŁUG ZAPOTRZEBOWANIA ZAMAWIAJĄCEGO		
TAK	1	pkt
NIE		
KRYTERIUM	WAGA	
4. KRYTERIUM CENY		
Maksymalna ilość punktów*	3	pkt

OBJAŚNIENIA dot. tabeli z pkt. 3 formularza

AD. CZ. 1 -

Punkty uzyskane w części 1 (kwalifikacje zawodowe) sumują się

AD. CZ. 2 -

*Warunek obligatoryjny - warunkiem naliczenia punktów jest uzyskanie pozytywnej opinii:

- w przypadku Kierownika/zastępcy Kierownika oddziału – wymagana jest pozytywna opinia Dyrektora Medycznego

FORMULARZ OFERTOWY 7
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Lecznicy Sp. z o.o.

- usługi lekarza -

Oddział Dermatologii, Szpital Św. Wojciecha w Gdańsku lub Poradnia Dermatologiczna, Poradnia Alergologiczna, Przychodnia Przyszpitalna przy Szpitalu Św. Wojciecha w Gdańsku lub Poradnia Alergologiczna, Poradnia Skórno-Wenerologiczna, Przychodnia Przyszpitalna przy Szpitalu im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku

- w przypadku lekarzy wcześniej współpracujących z COPERNICUS PL Sp. z o.o. – wymagana jest pozytywna opinia Kierownika oddziału, na który składa ofertę

- w przypadku lekarzy wcześniej nie współpracujących z COPERNICUS PL Sp. z o.o – wymagana jest rekomendacja Kierownika oddziału, na który składa ofertę lub opinia Kierownika oddziału z dotychczasowego miejsca pracy

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

4. Oferta cenowa:

Zadanie	Miara	cena 1 punktu/świadczenia/ usługi	Liczba punktów/świadczeń/usług miesięcznie
Świadczenie usług na oddziale	Punkt		
Świadczenie usług komercyjnych na oddziale	% wartości cennika obowiązujący w Spółce		
Usługi laserowe na oddziale	Stawka		
świadczenie usług medycznych w poradni*	Punkt		
porady DILO w*	Punkt		
świadczenie usług komercyjnych w poradni*	% wartości cennika obowiązujący w Spółce		
.....			

***proszę uzupełnić**

5. Inne informacje mogące mieć znaczenie przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych

FORMULARZ OFERTOWY 7
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.

- usługi lekarza -

Oddział Dermatologii, Szpital Św. Wojciecha w Gdańsku lub Poradnia Dermatologiczna, Poradnia Alergologiczna, Przychodnia Przychodnia Przychodnia Przychodnia przy Szpitalu Św. Wojciecha w Gdańsku lub Poradnia Alergologiczna, Poradnia Skórno-Wenerologiczna, Przychodnia Przychodnia Przychodnia przy Szpitalu im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku

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

.....
Podpis Oferenta

FORMULARZ OFERTOWY 7
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.
- usługi lekarza -

**Oddział Dermatologii, Szpital Św. Wojciecha w Gdańsku lub Poradnia Dermatologiczna, Poradnia Alergologiczna,
Przychodnia Przyszpitalna przy Szpitalu Św. Wojciecha w Gdańsku lub Poradnia Alergologiczna, Poradnia Skórno-
Wenerologiczna, Przychodnia Przyszpitalna przy Szpitalu im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku**

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 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 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. wnioszek o rozwiązanie łączącej mnie z COPERNICUS PL Sp. z o.o. umowy za porozumieniem stron.

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęćka, podpis)

*niepotrzebne skreślić