

**FORMULARZ OFERTOWY 6**  
**POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.**  
**- usługi lekarza –**  
**na**  
**Klinicznym Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu dla Dorosłych GUM**  
**Klinicznym Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu dla Dzieci i Młodzieży GUM,**  
**Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku**

Gdańsk, dnia 07.12.2022r.

**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 <sup>1</sup>	
Adres e-mail	

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

**1. Zakres świadczeń:** świadczenie usług zdrowotnych na:

Oddziale \_\_\_\_\_

*(proszę wpisać oddział)*

---

---

---

---

---

**3. Opis kompetencji (oceniane)**

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

**FORMULARZ OFERTOWY 6**  
**POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Lecznicy Sp. z o.o.**  
**- usługi lekarza –**

na  
**Klinicznym Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu dla Dorosłych GUM**  
**Klinicznym Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu dla Dzieci i Młodzieży GUM,**  
**Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku**

KRYTERIUM	WAGA	Właściwe zaznaczyć krzyżykiem
<b>1. KWALIFIKACJE ZAWODOWE Oferent posiada</b>		
<b>1.1 STOPIEŃ SPECJALIZACJI</b>		
Specjalista	2	pkt
W trakcie specjalizacji	2	pkt
II° specjalizacji	2	pkt.
I° specjalizacji	1	pkt.
<b>1.2 Dodatkowe kwalifikacje (potwierdzone certyfikatami odpowiednich instytucji)</b>		
Ultrasonografia	1	pkt
Endoskopia	1	pkt
Inne, (Jakie: _____ _____)	1	pkt
KRYTERIUM	WAGA	Właściwe zaznaczyć krzyżykiem
<b>2. DOTYCHCZASOWE, NIENAGANNE ŚWIADCZENIE PRACY LUB USŁUG POTWIERDZONE OPINIĄ * wymóg obligatoryjny</b>		
Brak		pkt
do 2 lat	1	pkt
od 2 do 4 lat	2	pkt
powyżej 4 lat	3	pkt
KRYTERIUM	WAGA	Właściwe zaznaczyć krzyżykiem
<b>3. GOTOWOŚĆ DO PEŁNIENIA DYŻURÓW/ŚWIADCZENIA USŁUG POZA USTALONYM GRAFIKIEM W SYTUACJACH LOSOWYCH, WEDŁUG ZAPOTRZEBOWANIA ZAMAWIAJĄCEGO</b>		
TAK	1	pkt
NIE		
KRYTERIUM	WAGA	
<b>4. KRYTERIUM CENY</b>		
Maksymalna ilość punktów**	3	pkt

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

**AD. CZ. 1 -**

Punkty uzyskane w części 1.1 i 1.2 (kwalifikacje zawodowe) sumują się, oferent otrzymuje punkty tylko za 1 specjalizację

**FORMULARZ OFERTOWY 6**  
**POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.**  
**- usługi lekarza –**

**na**  
**Klinicznym Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu dla Dorosłych GUM**  
**Klinicznym Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu dla Dzieci i Młodzieży GUM,**  
**Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku**

**AD. CZ. 2 -**

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

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

Punkty z kolejnych lat nie sumują się.

**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 godziny	Liczba godzin
dyżury na Oddziale	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. kopię dokumentów potwierdzających kwalifikacje – dyplom ukończenia szkoły, prawo wykonywania zawodu bez ograniczeń,
2. dokumenty potwierdzające uzyskane kwalifikacje (dyplom specjalizacji, certyfikaty, zaświadczenia ukończenia kursów specjalizacyjnych, kwalifikacyjnych oraz inne dokumenty potwierdzające uzyskane kompetencje),
3. kopię dokumentów rejestracyjnych: wypisu z właściwego rejestru Okręgowej Izby Lekarskiej – na podstawie art. 18 lub 19 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej,
4. zaświadczenie o dokonaniu wpisu do ewidencji działalności gospodarczej,
5. kopię polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem

**FORMULARZ OFERTOWY 6**  
**POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.**  
**- usługi lekarza –**

**na**  
**Klinicznym Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu dla Dorosłych GUM**  
**Klinicznym Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu dla Dzieci i Młodzieży GUM,**  
**Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku**

świadczeń zdrowotnych, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami, lub oświadczenie, że oferent wykupi taką polisę i dostarczy ją najpóźniej w dniu podpisania umowy,

6. kopię zaświadczenia o braku przeciwwskazań do udzielania świadczeń zdrowotnych wydane przez lekarza medycyny pracy,
7. oryginał pełnomocnictwa w przypadku o którym mowa w § 6 *Regulaminu przeprowadzania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy*
8. 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: \_\_\_\_\_

**FORMULARZ OFERTOWY 6**  
**POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Lecznicy Sp. z o.o.**  
**- usługi lekarza –**

**na**  
**Klinicznym Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu dla Dorosłych GUM**  
**Klinicznym Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu dla Dzieci i Młodzieży GUM,**  
**Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku**

***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. 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,
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 Lecznicy Sp. z o.o. wniosek o rozwiązanie łączącej mnie z COPERNICUS PL Sp. z o.o. umowy za porozumieniem stron.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć, podpis)

*\*niepotrzebne skreślić*

**Oferent przyjmuje do wiadomości, że:**

- 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 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

**FORMULARZ OFERTOWY 6**  
**POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.**  
**- usługi lekarza –**

**na**  
**Klinicznym Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu dla Dorosłych GUM**  
**Klinicznym Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu dla Dzieci i Młodzieży GUM,**  
**Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku**

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 Leczniczy 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 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)

.....  
(pieczęćka, podpis)