

**FORMULARZ OFERTOWY 3**  
**POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.**  
**- usługi lekarza –**  
**Oddział Otolaryngologiczny, Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku oraz Poradnia Otolaryngologiczna,**  
**Przychodnia przy Szpitalu im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku**

---

Gdańsk, dnia 14.12.2022r.

**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 w;  
Oddziale/Poradni: \_\_\_\_\_ (proszę  
uzupełnić)

---

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

**FORMULARZ OFERTOWY 3**  
**POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Lecznicy Sp. z o.o.**

- usługi lekarza -

Oddział Otolaryngologiczny, Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku oraz Poradnia Otolaryngologiczna,  
 Przychodnia przy Szpitalu im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku

**3. Opis kompetencji (oceniwane)**

KRYTERIUM	WAGA	Właściwe zaznaczyć krzyżykiem
<b>1. KWALIFIKACJE ZAWODOWE Oferent posiada</b>		
<b>1.1. STOPIEŃ SPECJALIZACJI</b>		
Specjalista	3	pkt
II° specjalizacji	3	pkt
I° specjalizacji	2	pkt
W trakcie specjalizacji	1	pkt
<b>1.2 Dodatkowe kwalifikacje (potwierdzone certyfikatami odpowiednich instytucji)</b>		
Ultrasonografia	1	pkt
Inne, (Jakie: _____ )	1	pkt
<b>KRYTERIUM</b>	<b>WAGA</b>	<b>Właściwe zaznaczyć krzyżykiem</b>
<b>2. DOTYCHCZASOWE, NIENAGANNE ŚWIADCZENIE PRACY LUB USŁUG NA RZECZ PCT, SZPITALA ŚW. WOJCIECHA LUB COPERNICUS PL SP. Z O.O. POTWIERDZONE OPINIĄ/REKOMENDACJĄ*</b>		
nie		pkt
tak	3	pkt
<b>KRYTERIUM</b>	<b>WAGA</b>	<b>Właściwe zaznaczyć krzyżykiem</b>
<b>3. GOTOWOŚĆ DO PEŁNIENIA DYŻURÓW/ŚWIADCZENIA USŁUG POZA USTALONYM GRAFIKIEM W SYTUACJACH LOSOWYCH, WEDŁUG ZAPOTRZEBOWANIA ZAMAWIAJĄCEGO</b>		
	1	pkt
NIE		
<b>KRYTERIUM</b>	<b>WAGA</b>	
<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 uzyskuje punkty tylko za 1 specjalizację

**AD. CZ. 2 -**

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

- 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.

**FORMULARZ OFERTOWY 3**  
**POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.**  
**- usługi lekarza -**  
**Oddział Otolaryngologiczny, Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku oraz Poradnia Otolaryngologiczna,**  
**Przychodnia przy Szpitalu im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku**

---

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 oraz dyżury	Punkt		
świadczenie usług medycznych w poradni* .....	Punkt		
..... porady DILO w* ..... .....	Punkt		
świadczenie usług komercyjnych w poradni* .....	% wartości cennika obowiązu- jący w Spółce		
..... ..... ..... ..... ..... .....			

**\*proszę uzupełnić**

**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:
2. prawo wykonywania zawodu bez ograniczeń,
3. dokumenty potwierdzające uzyskane kwalifikacje (dyplom specjalizacji, certyfikaty, zaświadczenia ukończenia kursów

**FORMULARZ OFERTOWY 3**  
**POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Lecznicy Sp. z o.o.**

**- usługi lekarza -**

**Oddział Otolaryngologiczny, Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku oraz Poradnia Otolaryngologiczna,  
Przychodnia przy Szpitalu im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku**

- 
- 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

**Załącznik nr 1 do Formularza ofertowego**

Dane Oferenta:

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

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

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

