

**FORMULARZ OFERTOWY 5**  
**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 07.03.2023r.

**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 5**  
**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 (oceniane)**

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. <b>POTWIERDZONE OPINIĄ/REKOMENDACJĄ*</b></b>			
nie		pkt	
tak	2	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>			
tak	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 5**  
**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**

---

**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/godziny	Liczba punktów/godzin miesięcznie
świadczenie usług na oddziale	Punkt		
dyżury na oddziale	Stawka		
świadczenie usług komercyjnych na oddziale	% wartości cennika obowiązującego w Spółce		
świadczenie usług medycznych w poradni	Punkt		
porady DILO	Punkt		
świadczenie usług komercyjnych w poradni	% wartości cennika obowiązującego w Spółce		

**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: prawo wykonywania zawodu bez ograniczeń, dokumenty potwierdzające uzyskane kwalifikacje (dyplom specjalizacji, certyfikaty, zaświadczenia ukończenia kursów specjalizacyjnych, kwalifikacyjnych oraz inne dokumenty potwierdzające uzyskane kompetencje),
2. 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,
3. 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

**FORMULARZ OFERTOWY 5**  
**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**

---

wykupi taką polisę i dostarczy ją najpóźniej w dniu podpisania umowy,

4. kopię zaświadczenia o braku przeciwwskazań do udzielania świadczeń zdrowotnych wydane przez lekarza medycyny pracy,
5. oryginał pełnomocnictwa w przypadku o którym mowa w § 6 *Regulaminu przeprowadzania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy*
6. zaświadczenie o odbyciu kursu ochrony radiologicznej (dot. specjalistów Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu)

.....  
Podpis Oferenta

**Załącznik nr 1 do Formularza ofertowego**

Dane Oferenta:

**FORMULARZ OFERTOWY 5**  
**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**

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<sup>\*)</sup> 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. wnioski o rozwiązanie łączącej mnie z COPERNICUS PL Sp. z o.o. umowy za porozumieniem stron.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęćka, podpis)

*\*niepotrzebne skreślić*