

FORMULARZ OFERTOWY 1
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.
- usługi lekarza –

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

Gdańsk, dnia 07.09.2023r.

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 ¹	
Adres e-mail	

2. Określenie rodzaju i zakresu świadczeń będących przedmiotem oferty

Zakres świadczeń: świadczenie usług zdrowotnych w:
Oddziale/Poradni _____
(proszę uzupełnić i podać lokalizację)

1

Dane niezbędne do sprawdzenia Oferenta w Rejestrze Sprawców Przepięstw na Tle Seksualnym

3. Opis kompetencji (oceniane)

KRYTERIUM	WAGA	Właściwe zaznaczyć krzyżykiem
-----------	------	-------------------------------

FORMULARZ OFERTOWY 1
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Lecznicy Sp. z o.o.
- usługi lekarza -

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

1. KWALIFIKACJE ZAWODOWE Oferent posiada			
1.1. STOPIEŃ SPECJALIZACJI			
Specjalista	3	pkt	
II° specjalizacji	3	pkt	
I° specjalizacji	2	pkt	
W trakcie specjalizacji	1	pkt	
1.2. DODATKOWE KWALIFIKACJE (potwierdzone certyfikatami odpowiednich instytucji)			
Inne, (jakie: _____)	1	pkt	
2. DOTYCHCZASOWE, NIENAGANNE ŚWIADCZENIE PRACY LUB USŁUG NA RZECZ PCT, SZPITALA ŚW. WOJCIECHA, WCO LUB COPERNICUS PL SP. Z O.O. POTWIERDZONE OPINIĄ lub REKOMENDACJĄ			
nie	0	pkt	
tak	1	pkt	
3. DEKLAROWANY MINIMALNY MIESIĘCZNY CZAS UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ (bez dyżurów) – uzupełnić jeśli dotyczy			
160h	1	pkt	
Poniżej 160h	0	pkt	
4. KRYTERIUM CENY (uzupełnia Komisja)			
Maksymalna ilość punktów za ofertę cenową (wzór obliczeń poniżej)*	3		pkt

*maksymalna ilość punktów jaką może otrzymać oferent, po zapoznaniu się Komisji Konkursowej ze wszystkimi ofertami w danym zakresie świadczeń i wytonieniu ceny minimalnej za każde świadczenie

AD. CZ. 1

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

AD. CZ. 2

Warunkiem naliczenia punktów jest uzyskanie pozytywnej opinii/rekomendacji i dołączenie jej do składanej oferty:

- w przypadku kierownika/zastępcy kierownika oddziału – wymagana jest pozytywna opinia obecnego **Dyrektora Medycznego**,
- w przypadku lekarzy wcześniej współpracujących z COPERNICUS PL Sp. z o.o. – wymagana jest pozytywna opinia obecnego kierownika oddziału/jednostki, na który składa ofertę,
- w przypadku lekarzy wcześniej nie współpracujących z COPERNICUS PL Sp. z o.o. – wymagana jest rekomendacja obecnego kierownika oddziału/jednostki, na który składa ofertę.

AD. CZ. 4

Punkty za kryterium wyliczone zostaną zgodnie z załączonym poniżej wzorem:

1. Ocena cząstkowa liczona dla każdego oferowanego świadczenia:

$$Wc = (Cmin / Co) \times W$$

Wc - liczba punktów przyznanych za cenę

Cmin - cena minimalna (najniższa wartość Co spośród wszystkich złożonych)

Co - cena oferowana

W** - waga kryterium

2. Ocena łączna oferty cenowej

$$(\sum Wc) / N$$

$\sum Wc$ – suma punktów przyznanych za cenę każdego oferowanego świadczenia

N – liczba zaoferowanych świadczeń w złożonej w ofercie

**waga kryterium jest równa 3 dla każdego świadczenia

FORMULARZ OFERTOWY 1
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Lecznicy Sp. z o.o.
- usługi lekarza –

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

4. Oferta cenowa:

Zadanie	Miara	cena 1 punktu/1godziny/1 konsultacji	Liczba punktów/godzin/konsultacji miesięcznie
Kierowanie Oddziałem	Ryczałt		
świadczenie usług na Oddziale	Punkt		
Świadczenie usług komercyjnych na Oddziale	% wartości cennika obowiązującego w Spółce		
Usługi laserowe na Oddziale	Stawka		
Świadczenie usług w Poradni*	Punkt		
świadczenia DILO	Punkt		
świadczenie usług komercyjnych w Poradni*.....	% wartości cennika obowiązującego w Spółce		

*proszę wpisać nazwę i lokalizację poradni

5. Inne informacje mogące mieć znaczenie przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych

6. Do Formularza Ofertowego należy dołączyć:

- Kopię dokumentów potwierdzających kwalifikacje: dyplom ukończenia szkoły, prawo wykonywania zawodu, dyplom specjalizacji, certyfikaty potwierdzające ukończenie szkoleń, zaświadczenia ukończenia kursów specjalizacyjnych, kwalifikacyjnych oraz inne dokumenty potwierdzające uzyskane kompetencje,
- Kopię dokumentów rejestracyjnych: wypis z właściwego rejestru Okręgowej Izby Lekarskiej/Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, zaświadczenie o dokonaniu wpisu do ewidencji działalności gospodarczej CEiGD,
- 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,
- Kopię zaświadczenia o braku przeciwwskazań do udzielania świadczeń zdrowotnych wydane przez lekarza medycyny pracy oraz zaświadczenie o ukończeniu szkolenia z zakresu BHP (okresowego),
- Oryginał pełnomocnictwa, w przypadku, o którym mowa w § 6 *Regulaminu przeprowadzania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy*,
- Zaświadczenie o odbyciu kursu ochrony radiologicznej (dot. specjalistów ortopedii i traumatologii narządu ruchu/ chirurgii ogólnej, neurochirurgii, chirurgii dziecięcej).

.....
 Podpis Oferenta

Załącznik nr 1 do Formularza ofertowego

FORMULARZ OFERTOWY 1
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.
- usługi lekarza –

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

**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 Leczniczy 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, 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 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 Oferenta)