

**FORMULARZ OFERTOWY 2a**  
**POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.**  
**- usługi lekarza –**  
**Zakład Diagnostyki Obrazowej, Wojewódzkie Centrum Onkologii 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 <sup>1</sup>	
Adres e-mail	

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

**Zakres świadczeń:** świadczenie usług zdrowotnych w:

Zakładzie \_\_\_\_\_

*(proszę uzupełnić i podać lokalizację)*

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup>

*Dane niezbędne do sprawdzenia Oferenta w Rejestrze Sprawców Przepstępstw na Tle Seksualnym*

**3. Opis kompetencji (oceniane)**

**FORMULARZ OFERTOWY 2a**  
**POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.**  
**- usługi lekarza -**  
**Zakład Diagnostyki Obrazowej, Wojewódzkie Centrum Onkologii w Gdańsku**

KRYTERIUM	WAGA		Właściwie 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>			
Inne, (jakie: _____ )	1	pkt	
<b>2. DOTYCHCZASOWE, NIENAGANNE ŚWIADCZENIE PRACY LUB USŁUG NA RZECZ PCT, SZPITALA ŚW. WOJCIECHA, WCO LUB COPERNICUS PL SP. Z O.O. <b>POTWIERDZONE OPINIĄ</b> lub <b>REKOMENDACJĄ</b></b>			
nie	0	pkt	
tak	1	pkt	
<b>3. DEKLAROWANY MINIMALNY MIESIĘCZNY CZAS UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ (bez dyżurów)</b>			
160h	1	pkt	
Ponżej 160h	0	pkt	
<b>4. KRYTERIUM CENY (uzupełnia Komisja)</b>			
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 wyłonieniu ceny minimalnej za każde świadczenie

**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 jedną specjalizację.

W części 1.2. Oferent może uzyskać maksymalnie 1 pkt.

**AD. CZ. 2**

**Warunek obligatoryjny - warunkiem naliczenia punktów jest uzyskanie pozytywnej opinii lub rekomendacji i dołączenie jej do oferty:**

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

**AD. CZ. 4**

**FORMULARZ OFERTOWY 2a**  
**POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.**  
**- usługi lekarza –**

**Zakład Diagnostyki Obrazowej, Wojewódzkie Centrum Onkologii w Gdańsku**

**Punkty za kryterium wyliczone zostaną zgodnie z załączonym poniżej wzorem:**

**1. Ocena częściowa 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**

**4. Oferta cenowa:**

<b>Nazwa badania</b>	<b>stawka za badanie</b>
Rtg klasyczne i kontrastowe	
Mammografia diagnostyczna	
Mammografia z tomosyntezą pacjent komercyjny	
Mammografia spektralna	
Biopsja gruboigłowa	
Biopsja mammotomiczna	
Założenie kotwicy pod USG	
Założenie kotwicy pod mammografią	
Mammografia SIMP	
Galaktografia	
Biopsja cienkoigłowa z patomorfologiem	
USG piersi, Doppler, narządu ruchu	

**FORMULARZ OFERTOWY 2a**  
**POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.**  
**- usługi lekarza -**  
**Zakład Diagnostyki Obrazowej, Wojewódzkie Centrum Onkologii w Gdańsku**

USG jamy brzusznej –dorośli, tarczycy	
USG przyłóżkowe dzieci	
USG przyłóżkowe dorośli	
USG dzieci ( p-ciemiączkowe, jamy brzusznej, inne)	
USG moszny	
USG gałki ocznej	
USG inne ( ślinianki, pachwiny, węzły chłonne, )	
USG elastografia narządów mięszowych	
TRUS	
Konsultacja radiologiczna	
TK – głowy, twarzoczaszki, szyi , krtani, kręgosłupa –odcinki –C, Th, L, klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy, kości, stawy, zatoki, kości skroniowe,	
Angio TK – tt. mózgowia, tt. domózgoweszyjne, tt. płucne, aorta piersiowa, aorta brzuszna, tt. biodrowe, tt. trzewne, tt kończyny dolnej	
TK serca	
Koronarografia TK	
Wirtualna kolonoskopia TK	
Enterografia TK	
MR—głowa, twarzoczaszka, nosogardła, krtani, tk. miękkie szyi, kręgosłupy- odcinki C, TH, L, klatki piersiowej, jama brzuszna, miednica męska i żeńska, stawy, kości i tk. miękkie	
MR – dzieci i wymagające znieczulenia ogólnego	
Angio MR ( po podaniu CM) – rodzaje jak w angio TK	
MR serca	
MRCP z MR jamy brzusznej	
Enterografia MR	

**FORMULARZ OFERTOWY 2a**  
**POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.**  
**- usługi lekarza –**

**Zakład Diagnostyki Obrazowej, Wojewódzkie Centrum Onkologii w Gdańsku**

MR piersi	
MR ciąży – ocena płodu	
Dyżur medyczny stacjonarny	
wprowadzenie znacznika w guz przed chemioterapią	
Oznaczenie guzka przed zabiegiem	
pobranie wycieku	

**5. Inne informacje mogące mieć znaczenie przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych**

---

---

**6. Do Formularza Ofertowego należy dołączyć:**

1. 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,
2. Kopię dokumentów rejestracyjnych: wypis z właściwego rejestru Okręgowej Izby Lekarskiej/Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, zaświadczenie o dokonaniu wpisu do ewidencji działalności gospodarczej CEiGD,
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 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 oraz zaświadczenie o ukończeniu szkolenia z zakresu BHP (okresowego),
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/ chirurgii ogólnej, neurochirurgii, chirurgii dziecięcej).

.....  
Podpis Oferenta

**FORMULARZ OFERTOWY 2a**  
**POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Lecznicy Sp. z o.o.**  
**- usługi lekarza -**  
**Zakład Diagnostyki Obrazowej, Wojewódzkie Centrum Onkologii 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 Lecznicy Sp. z o.o. w Gdańsku,
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 Przychodni Przychodni\*\*,
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 Lecznicy Sp. z o.o. w Gdańsku wniosek o rozwiązanie łączącej mnie z COPERNICUS PL Sp. z o.o. umowy na mocy porozumienia stron.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęćka, podpis)

*\*niepotrzebne skreślić,*

*\*\*skreślić te punkty, które nie dotyczą oferowanego zakresu świadczeń, zawartych w konkursie ofert*

**FORMULARZ OFERTOWY 2a**  
**POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.**  
**- usługi lekarza –**  
**Zakład Diagnostyki Obrazowej, Wojewódzkie Centrum Onkologii 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](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 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.

.....  
(miejscość, data)

.....  
(pieczęćka, podpis Oferenta)