

FORMULARZ OFERTOWY 8
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.
- usługi lekarza –
Oddział Chorób Wewnętrznych i Hipertensjologii, Szpital 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 _____

(proszę uzupełnić i podać lokalizację)

1

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

FORMULARZ OFERTOWY 8
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Lecznicy Sp. z o.o.
- usługi lekarza -

Oddział Chorób Wewnętrznych i Hipertensjologii, Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku

3. Opis kompetencji (oceniane)

KRYTERIUM	WAGA		Właściwe zaznaczyć krzyżykiem
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 wyłonieniu 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 8
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Lecznicy Sp. z o.o.
- usługi lekarza –

Oddział Chorób Wewnętrznych i Hipertensjologii, Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku

4. Oferta cenowa:

Zadanie	Miara	Cena za 1 godzinę/badanie/konsultację/pkt	Liczba godzin miesięcznie
świadczenie usług na oddziale	Stawka		
dylżury na Oddziale	Stawka		
pełnienie funkcji zastępcy kierownika oddziału	Ryczałt		
dylżury na SOR	Stawka		
świadczenie usług komercyjnych na oddziale	Stawka		
wykonywanie badań echo serca w oddziałach Szpitala im. Mikołaja Kopernika	Stawka		
konsultacje na rzecz pacjenta zewnętrznego	Stawka		

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 8
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.
- usługi lekarza –

Oddział Chorób Wewnętrznych i Hipertensjologii, Szpital im. Mikołaja Kopernika 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 Leczniczy 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 Leczniczy 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 8
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.
- usługi lekarza –

Oddział Chorób Wewnętrznych i Hipertensjologii, Szpital 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.

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczęć, podpis Oferenta)