

**FORMULARZ OFERTOWY 2**  
**POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Lecznicy Sp. z o.o.**  
**- usługi lekarza –**  
**Klinicznym Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu dla Dorosłych GUM**  
**Klinicznym Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu dla Dzieci i Młodzieży GUM,**  
**Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku**  
**oraz**  
**Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Przychodnia przy Szpitalu im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku**

Gdańsk, dnia 05.01.2023r.

**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 Przepływstw na Tle Seksualnym

**FORMULARZ OFERTOWY 2**  
**POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.**

- usługi lekarza -

Klinicznym Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu dla Dorosłych GUM  
 Klinicznym Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu dla Dzieci i Młodzieży GUM,  
 Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku

oraz

Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, 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
w trakcie specjalizacji	1	pkt
<b>1.2 Dodatkowe kwalifikacje (potwierdzone certyfikatami odpowiednich instytucji)</b>		
Ultrasonografia	1	pkt
Inne, (Jakie: _____ )	1	pkt
KRYTERIUM	WAGA	Właściwe zaznaczyć krzyżykiem
<b>2. DOTYCHCZASOWE, NIENAGANNE ŚWIADCZENIE PRACY LUB USŁUG NA RZECZ PCT, SZPITALA ŚW. WOJCIECHA LUB COPERNICUS PL SP. Z O.O. <b>POTWIERDZONE OPINIĄ</b> lub <b>REKOMENDACJA**</b></b>		
nie	0	pkt
tak	2	pkt
KRYTERIUM	WAGA	Właściwe zaznaczyć krzyżykiem
<b>3. GOTOWOŚĆ DO PEŁNIENIA DYŻURÓW/ŚWIADCZENIA USŁUG POZA USTALONYM GRAFIKIEM W SYTUACJACH LOSOWYCH, WEDŁUG ZAPOTRZEBOWANIA ZAMAWIAJĄCEGO</b>		
TAK	2	pkt
NIE	0	pkt
KRYTERIUM	WAGA	Właściwe zaznaczyć krzyżykiem
<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 (kwalifikacje zawodowe) sumują się, oferent otrzymuje punkty tylko za jedną specjalizację

**FORMULARZ OFERTOWY 2**  
**POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.**  
**- usługi lekarza –**  
**Klinicznym Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu dla Dorosłych GUM**  
**Klinicznym Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu dla Dzieci i Młodzieży GUM,**  
**Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku**  
**oraz**

**Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Przychodnia przy Szpitalu im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku**

**AD. CZ. 2 -**

**\*\*Warunek obligatoryjny - warunkiem naliczenia punktów jest uzyskanie pozytywnej**

**opinii/rekomendacji:**

- 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 kierownika oddziału lub Dyrektora medycznego danej jednostki
- w przypadku lekarzy wcześniej nie współpracujących z COPERNICUS PL Sp. z o.o – wymagana jest rekomendacja kierownika oddziału lub Dyrektora medycznego danej jednostki.

**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 godziny/punktu	Liczba godzin/punktów miesięcznie
świadczenie usług na oddziale	Punkt		
dylżury lekarskie na oddziale	Stawka		
świadczenie usług komercyjnych na oddziale	% wartości z cennika obowiązującego w Spółce		
dylżury SOR	Stawka		
świadczenie usług medycznych w poradni	Punkt		
świadczenie usług komercyjnych w poradni	% wartości z cennika obowiązującego w		

**FORMULARZ OFERTOWY 2**  
**POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.**

- usługi lekarza –

**Klinicznym Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu dla Dorosłych GUM**  
**Klinicznym Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu dla Dzieci i Młodzieży GUM,**  
**Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku**

oraz

**Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Przychodnia przy Szpitalu im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku**

---

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



**FORMULARZ OFERTOWY 2**  
**POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.**

- usługi lekarza –

**Klinicznym Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu dla Dorosłych GUM**  
**Klinicznym Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu dla Dzieci i Młodzieży GUM,**  
**Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku**  
**oraz**

**Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Przychodnia przy Szpitalu im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku**

---

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. wniosek o rozwiązanie łączącej mnie z COPERNICUS PL Sp. z o.o. umowy za porozumieniem stron.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęćka, podpis)

*\*niepotrzebne skreślić*

**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. 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.

**FORMULARZ OFERTOWY 2**

**POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.**

**- usługi lekarza –**

**Klinicznym Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu dla Dorosłych GUM**

**Klinicznym Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu dla Dzieci i Młodzieży GUM,**

**Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku**

**oraz**

**Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Przychodnia przy Szpitalu im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku**

---

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczęćka, podpis Oferenta)