

**FORMULARZ OFERTOWY 4**  
**POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.**  
**- usługi lekarza –**

**Oddział Neurologiczny, Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku oraz Poradnia Neurologiczna,  
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 Przepstępstw na Tle Seksualnym

**FORMULARZ OFERTOWY 4**  
**POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Lecznicy Sp. z o.o.**  
**- usługi lekarza -**

**Oddział Neurologiczny, Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku oraz Poradnia Neurologiczna,  
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	2	pkt	
<b>1.2 Dodatkowe kwalifikacje (potwierdzone certyfikatami odpowiednich instytucji)</b>			
Ultrasonografia	1	pkt	
Endoskopia	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, WCO LUB COPERNICUS PL SP. Z O.O. <b>POTWIERDZONE OPINIĄ</b> lub <b>REKOMENDACJĄ</b> **</b>			
nie	0	pkt	
tak	1	pkt	
KRYTERIUM	WAGA		Proszę przy odpowiednim przedziale wpisać deklarowaną liczbę godzin
<b>3. GOTOWOŚĆ DO PEŁNIENIA DYŻURÓW/ŚWIADCZENIA USŁUG POZA USTALONYM GRAFIKIEM W SYTUACJACH LOSOWYCH, WEDŁUG ZAPOTRZEBOWANIA ZAMAWIAJĄCEGO</b>			
TAK	1	pkt	
NIE		pkt	
KRYTERIUM	WAGA		
<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

**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.

**FORMULARZ OFERTOWY 4**  
**POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.**  
**- usługi lekarza -**

**Oddział Neurologiczny, Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku oraz Poradnia Neurologiczna,  
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 wytonieniu ceny minimalnej za dane świadczenie

**4. Oferta cenowa:**

Zadanie	Miara	Cena 1 godziny/punktu	Liczba godzin/punktu miesięcznie
świadczenie usług na oddziale	Punkt		
dyżury na Oddziale	Godzina		
świadczenie usług medycznych w poradni	Punkt		
świadczenie usług komercyjnych w poradni	% wartości z 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 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



**FORMULARZ OFERTOWY 4**  
**POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.**  
**- usługi lekarza –**

**Oddział Neurologiczny, Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku oraz Poradnia Neurologiczna,  
Przychodnia przy Szpitalu im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku**

---