

**FORMULARZ OFERTOWY 7**  
**POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.**  
**- usługi lekarza -**

**Oddział Urologiczny, Szpitalu Św. Wojciecha w Gdańsku oraz Poradnia Urologiczna, Przychodnia przy  
Szpitalu Św. Wojciecha w Gdańsku**

Gdańsk, dnia 06.02.2023r.

**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/Poradnia: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (proszę uzupełnić)

<sup>1</sup>

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

**FORMULARZ OFERTOWY 7**  
**POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Lecznicy Sp. z o.o.**  
**- usługi lekarza -**

**Oddział Urologiczny, Szpitalu Św. Wojciecha w Gdańsku oraz Poradnia Urologiczna, Przychodnia przy Szpitalu Św. Wojciecha w Gdańsku**

**3. Opis kompetencji (oceniane):**

KRYTERIUM	WAGA		Właściwie zaznaczyć krzyżykiem
<b>1. KWALIFIKACJE ZAWODOWE Oferent posiada</b>			
<b>1.1. STOPIEŃ SPECJALIZACJI</b>			
Specjalista	2	pkt	
W trakcie specjalizacji	1	pkt	
<b>1.2. Dodatkowe kwalifikacje (potwierdzone certyfikatami odpowiednich instytucji)</b>			
Inne, (Jakie: _____)	1	pkt	
KRYTERIUM	WAGA		Właściwie 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 lub REKOMENDACJĄ</b></b>			
tak	2	pkt	
nie	0	pkt	
KRYTERIUM	WAGA		Właściwie zaznaczyć krzyżykiem
<b>3. DEKLAROWANY MINIMALNY MIESIĘCZNY CZAS UDZIELANIA ŚWIDCZEŃ (bez dyżurów)</b>			
160h	1	pkt	
poniżej 160h	0	pkt	
KRYTERIUM	WAGA		Właściwie 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 1.1 i 1.2 (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, na który składa ofertę
- w przypadku lekarzy wcześniej nie współpracujących z COPERNICUS PL Sp. z o.o – wymagana jest rekomendacja kierownika oddziału, na który składa ofertę.

**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

**FORMULARZ OFERTOWY 7**  
**POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.**  
**- usługi lekarza –**

**Oddział Urologiczny, Szpitalu Św. Wojciecha w Gdańsku oraz Poradnia Urologiczna, Przychodnia przy Szpitalu Św. Wojciecha w Gdańsku**

---

**4. Oferta cenowa:**

Zadanie	Miara	cena 1 godziny/punktu	Liczba godzin/punktów miesięcznie
świadczenie usług na oddziale	Punkt		
dyżury lekarskie na oddziale	Stawka		
świadczenie usług medycznych w poradni	Punkt		
porady DILO	Punkt		
świadczenie usług komercyjnych w poradni	% wartości cennika obowiązujący 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,



**FORMULARZ OFERTOWY 7**  
**POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.**  
**- usługi lekarza –**

**Oddział Urologiczny, Szpitalu Św. Wojciecha w Gdańsku oraz Poradnia Urologiczna, Przychodnia przy  
Szpitalu Św. Wojciecha w Gdańsku**

---

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.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczęć, podpis)

*\*niepotrzebne skreślić*