

FORMULARZ OFERTOWY 4
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.

- usługi lekarza –

**Oddział Otolaryngologiczny, Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku oraz Poradnia Otolaryngologiczna,
Przychodnia przy Szpitalu im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku**

Gdańsk, dnia 09.08.2023r.

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

1. **Zakres świadczeń:** świadczenie usług zdrowotnych w:
Oddziale/Poradni: _____ (proszę
uzupełnić)

¹ 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 Otolaryngologiczny, Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku oraz Poradnia Otolaryngologiczna,
Przychodnia przy Szpitalu 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)			
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

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

Punkty za kryterium wyliczone zostaną zgodnie z załączonym poniżej wzorem:

FORMULARZ OFERTOWY 4
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Lecznicy Sp. z o.o.

- usługi lekarza -

**Oddział Otolaryngologiczny, Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku oraz Poradnia Otolaryngologiczna,
Przychodnia przy Szpitalu im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku**

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

4. Oferta cenowa:

Zadanie	Miara	cena 1 godziny/punktu	Ilość godzin, preferowane dni świadczenia usług w poradni
dylżury na oddziale	Stawka		
świadczenie usług w poradni	Punkt		
świadczenie usług komercyjnych w poradni	% wartości cennika obowiązującego w Spółce		
świadczenie usług w ramach DILO	Punkt		

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*

FORMULARZ OFERTOWY 4
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Lecznicy Sp. z o.o.

- usługi lekarza –

**Oddział Otolaryngologiczny, Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku oraz Poradnia Otolaryngologiczna,
Przychodnia przy Szpitalu im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku**

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęćka, podpis)

**niepotrzebne skreślić*