

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

**Kliniczny Oddział Gastroenterologii, Alergologii i żywienia Dzieci Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku/Kliniczny Oddział Pediatrii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku /Poradnia Żywieniowa dla Dzieci, Przychodnia przy Szpitalu im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku**

Gdańsk, dnia 11.10.2023r.

**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**

**Zakres świadczeń:** świadczenie usług zdrowotnych w:  
Oddziale/Poradni \_\_\_\_\_  
*(proszę uzupełnić i podać lokalizację)*

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

**Kliniczny Oddział Gastroenterologii, Alergologii i żywienia Dzieci Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku/Kliniczny Oddział Pediatrii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku /Poradnia Żywnieniowa dla Dzieci, 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   | 1    | pkt |                               |
| <b>1.2. DODATKOWE KWALIFIKACJE (potwierdzone certyfikatami odpowiednich instytucji)</b>   |      |     |                               |
| Inne, (jakie: _____ )   | 1    | pkt |                               |
| <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 |                               |
| <b>3. DEKLAROWANY MINIMALNY MIESIĘCZNY CZAS UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ (bez dyżurów) – uzupełnić jeśli dotyczy</b>  |      |     |                               |
| 160h  | 1    | pkt |                               |
| Ponżej 160h   | 0    | pkt |                               |
| <b>4. KRYTERIUM CENY (uzupełnia Komisja)</b>  |      |     |                               |
| 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:

$$Wc = Cmin / Co \times W$$

Wc - liczba punktów przyznanych za cenę

Cmin - cena minimalna (najniższa wartość Co spośród wszystkich złożonych)

Co - cena oferowana

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

**Kliniczny Oddział Gastroenterologii, Alergologii i żywienia Dzieci Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku/Kliniczny Oddział Pediatrii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku /Poradnia Żywieniowa dla Dzieci, Przychodnia przy Szpitalu im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku**

W - waga kryterium\*\*

\*\*waga kryterium jest równa 3 dla każdego świadczenia

**4. Oferta cenowa:**

| Zadanie                             | Miara  | Cena za 1 godzinę/punkt | Liczba godzin miesięcznie |
|-------------------------------------|--------|-------------------------|---------------------------|
| świadczenie usług na oddziale*..... | Stawka |                         |                           |
| dylżury na oddziale*.....           | Stawka |                         |                           |
| Poradnia Żywieniowa dla Dzieci      | Punkt  |                         |                           |

**\*poproszę uzupełnić nazwę oddziału**

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

**Kliniczny Oddział Gastroenterologii, Alergologii i żywienia Dzieci Gdańskiego Uniwersytetu  
Medycznego, Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku/Kliniczny Oddział Pediatrii Gdańskiego  
Uniwersytetu Medycznego, Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku /Poradnia Żywnościowa dla  
Dzieci, Przychodnia przy Szpitalu 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.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczęćka, podpis)

*\*niepotrzebne skreślić,*

*\*\*skreślić te punkty, które nie dotyczą oferowanego zakresu świadczeń, zawartych w konkursie ofert*

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

**Kliniczny Oddział Gastroenterologii, Alergologii i żywienia Dzieci Gdańskiego Uniwersytetu  
Medycznego, Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku/Kliniczny Oddział Pediatrii Gdańskiego  
Uniwersytetu Medycznego, Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku /Poradnia Żywnościowa dla  
Dzieci, Przychodnia przy Szpitalu 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](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. 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.

.....  
(miejscość, data)

.....  
(pieczęćka, podpis Oferenta)