

**FORMULARZ OFERTOWY 1**  
**POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.**  
**- usługi lekarza –**  
**świadczenie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielanej w warunkach ambulatoryjnych**  
**i w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy**

---

Gdańsk, dnia 14.02.2023 r.

**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 i nazwisko rodowe Oferenta, data urodzenia <sup>1</sup>	
Adres e-mail	
Nr i miejsce wpisu w ewidencji działalności gospodarczej	

**2. Określenie rodzaju i zakresu świadczeń będących przedmiotem oferty**

1. **Zakres świadczeń:** świadczenie usług zdrowotnych w jednostce:

\_\_\_\_\_ (proszę wpisać lokalizację jednostki)

---

<sup>1</sup> Dane niezbędne do sprawdzenia Oferenta w Rejestrze Sprawców Przepstępstw na Tle Seksualnym

**FORMULARZ OFERTOWY 1**  
**POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.**  
**- usługi lekarza -**  
**świadczenie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielanej w warunkach ambulatoryjnych**  
**i w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy**

**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 <sup>o</sup> specjalizacji	3	pkt	
I <sup>o</sup> specjalizacji	1	pkt	
W trakcie specjalizacji	1	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 COPERNICUS PL SP. Z O.O. POTWIERDZONE OPINIĄ/REKOMENDACJĄ*</b>			
nie	0	pkt	
Tak	3	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	3	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 1.1 i 1.2 (kwalifikacje zawodowe) sumują się, oferent uzyskuje punkty tylko za 1 specjalizację

**AD. CZ. 2 -**

\*Warunek obligatoryjny - warunkiem naliczenia

punktów jest uzyskanie pozytywnej

opinii/rekomendacji:

- w przypadku Kierownika/zastępcy Kierownika oddziału – wymagana jest pozytywna opinia 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.

**FORMULARZ OFERTOWY 1**  
**POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.**  
**- usługi lekarza –**  
**świadczenie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielanej w warunkach ambulatoryjnych**  
**i w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy**

---

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	Liczba godzin dyżuru miesięcznie
dyżur lekarski	stawka/ godz.		

#### 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. kopię 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*

.....  
Podpis Oferenta

**FORMULARZ OFERTOWY 1**  
**POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.**  
**- usługi lekarza –**  
**świadczenie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielanej w warunkach ambulatoryjnych**  
**i w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy**

---

**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.,
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 18.00 do 08:00 dnia następnego oraz w dni świąteczne w godzinach od 08:00 do 08:00 dnia następnego)
9. Wyrażam zgodę na pracę w Poradniach Przychodni Przystypitalnej
10. Oświadczam, że nie byłem/-am karany/-a za przewinienia/przestępstwa umyślne
11. 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.
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. wniosek o rozwiązanie łączącej mnie z COPERNICUS PL Sp. z o.o. umowy za porozumieniem stron.

**FORMULARZ OFERTOWY 1**  
**POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.**  
**- usługi lekarza –**  
**świadczenie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielanej w warunkach ambulatoryjnych**  
**i w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy**

---

**KLAUZULA INFORMACYJNA – INFORMACJA DLA OSÓB WSPÓŁPRACUJĄCYCH W RAMACH UMOWY**  
**CYWILNOPRAWNEJ**

**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.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęćka, podpis)

*\*niepotrzebne skreślić*