

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 26.07.2023r.

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

Zakres świadczeń: świadczenie usług zdrowotnych w:

Oddziale/Poradni _____

(proszę uzupełnić i podać lokalizację)

¹

Dane niezbędne do sprawdzenia Oferenta w Rejestrze Sprawców Przepięstw 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
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	
Ponizej 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.

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**

AD. CZ. 4

Punkty za kryterium wyliczone zostaną zgodnie z załączonym poniżej wzorem:

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/1 punktu/za 1 pacjenta	Liczba godzin/punktów miesięcznie
dyżury lekarskie na oddziale	Stawka		
świadczenie usług w poradni	Punkt		
prowadzenie programu lekowego SM	Stawka		

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,

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**

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

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

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**

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.

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęćka, podpis)

**niepotrzebne skreślić,*

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

**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, 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.

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

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)

.....
(pieczęć, podpis Oferenta)