

FORMULARZ OFERTOWY 2
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**

Gdańsk, dnia 07.04.2023r.

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 2
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 NAUKOWY/SPECJALIZACJA		
Specjalista	3	pkt
II° specjalizacji	3	pkt
I° specjalizacji	2	pkt
W trakcie specjalizacji	1	pkt
1.2. Dodatkowe kwalifikacje/doświadczenie (potwierdzone certyfikatami odpowiednich instytucji lub zaświadczeniem)		
Ultrasonografia	1	pkt
Inne, (Jakie: _____ _____)	2**	pkt
KRYTERIUM	WAGA	Właściwe zaznaczyć krzyżykiem
2. DOTYCHCZASOWE, NIENAGANNE ŚWIADCZENIE PRACY LUB USŁUG NA RZECZ PCT, SZPITALA ŚW. WOJCIECHA LUB COPERNICUS PL SP. Z O.O. POTWIERDZONE OPINIĄ/REKOMENDACJĄ*		
nie	0	pkt
tak	5	pkt
KRYTERIUM	WAGA	Właściwe zaznaczyć krzyżykiem
3. GOTOWOŚĆ DO PEŁNIENIA DYŻURÓW/ŚWIADCZENIA USŁUG POZA USTALONYM GRAFIKIEM W SYTUACJACH LOSOWYCH, WEDŁUG ZAPOTRZEBOWANIA ZAMAWIAJĄCEGO		
tak	1	pkt
nie		
KRYTERIUM	WAGA	Właściwe zaznaczyć krzyżykiem
4. KRYTERIUM CENY		
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

** maksymalna ilość punktów, bez względu na przedstawione certyfikaty/zaświadczenia

AD. CZ. 2 -

*Warunek obligatoryjny - warunkiem naliczenia punktów jest uzyskanie pozytywnej

FORMULARZ OFERTOWY 2
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**

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.

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 punktu/godziny	Liczba punktów/godzin miesięcznie
świadczenie usług na oddziale	Punkt		
dyżury na oddziale	Stawka		
świadczenie usług komercyjnych na oddziale	% wartości cennika obowiązującego w Spółce		
świadczenie usług medycznych w poradni	Punkt		
porady DILO	Punkt		
świadczenie usług komercyjnych w poradni	% wartości cennika obowiązującego 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

FORMULARZ OFERTOWY 2
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**

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 zdrowotnych przez lekarzy*
6. zaświadczenie o odbyciu kursu ochrony radiologicznej (dot. specjalistów Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu)

.....
Podpis Oferenta

