

**FORMULARZ OFERTOWY 1**

**POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.**

**usługi psychologa**

**jednostki organizacyjne Spółki COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.**

Gdańsk, dnia 23.03.2023r.

**1. Dane identyfikacyjne Oferenta:**

Nazwa, siedziba oferenta	
Nazwisko i Imię (nazwisko rodowe)	
Numer Prawa Wykonywania Zawodu	
Nr telefonu kontaktowego	
Nazwa banku i nr konta	
NIP	
REGON	
Specjalizacja	
Data urodzenia, nazwisko rodowe, imiona rodziców Oferenta	
Adres e-mail	
Nr i miejsce wpisu w ewidencji działalności gospodarczej	

**2. Określenie miejsca świadczenia usług psychologicznych:**

---

---

---

Deklarowana liczba godzin pracy \_\_\_\_\_

## FORMULARZ OFERTOWY 1

**POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.**

**usługi psychologa**

**jednostki organizacyjne Spółki COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.**

### 3. Opis kompetencji (oceniane)

KRYTERIUM	WAGA		Właściwie zaznaczyć krzyżykiem
<b>1. KWALIFIKACJE/DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE</b>			
Specjalista/w trakcie specjalizacji	3	pkt	
Ukończone studia podyplomowe z zakresu neuropsychologii	1	pkt	
Doświadczenie zawodowe w pracy klinicznej >5 lat	3	pkt	
Inne: .....	1	pkt	
KRYTERIUM	WAGA		Właściwie zaznaczyć krzyżykiem
<b>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</b>			
nie	0	pkt	
tak	5	pkt	
KRYTERIUM	WAGA		Proszę przy odpowiednim przedziale wpisać deklarowaną liczbę godzin
<b>3. GOTOWOŚĆ DO ŚWIADCZENIA USŁUG POZA USTALONYM GRAFIKIEM W SYTUACJACH LOSOWYCH, WEDŁUG ZAPOTRZEBOWANIA ZAMAWIAJĄCEGO</b>			
tak	3	pkt	
nie	0	pkt	
<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 (kwalifikacje zawodowe), sumują się

##### AD. CZ. 2 -

Warunkiem naliczenia punktów jest uzyskanie pozytywnej opinii/rekomendacji bezpośredniego przełożonego.

##### 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

## FORMULARZ OFERTOWY 1

POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.

usługi psychologa

jednostki organizacyjne Spółki COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.

---

### 4. Oferta cenowa:

Miejsce świadczenia usług	Miara	Cena za godzinę	liczba godzin miesięcznie
Udzielanie świadczeń zdrowotnych/konsultacje pacjentów na rzecz Oddziałów: Oddział Neurologiczny, Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku oraz Oddział Udarowy, Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku	godzina		

### 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 (jeśli dotyczy), 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 (jeśli dotyczy), wydruk w CEIDG, wydruk RPWDL
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. kopie 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)

## FORMULARZ OFERTOWY 1

### POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.

#### usługi psychologa

#### jednostki organizacyjne Spółki COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.

---

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 będą udostępniane podmiotom innym niż uprawnione na mocy przepisów prawa.
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. Spółka objęta jest monitoringiem video. Pracodawca uprawniony jest również do monitoringu przeglądanych przez pracownika 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.

.....  
Podpis Oferenta