

FORMULARZ OFERTOWY 2

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

- Psychoterapeuta superwizor

świadczenie usług medycznych w jednostkach organizacyjnych Spółki

Gdańsk, dnia 14.09.2023 r.

1. Dane identyfikacyjne Oferenta:

Nazwa/imię i nazwisko, siedziba oferenta – zgodnie z wpisem w ewidencji działalności gospodarczej	
Nr telefonu kontaktowego	
Nazwa banku i nr konta	
NIP	
REGON	
Specjalizacja (jeśli dotyczy)	
Adres e-mail	
Imiona rodziców, nazwisko rodowe i data urodzenia oferenta ¹	

2. Określenie rodzaju i zakresu świadczeń będących przedmiotem oferty

1. Zakres świadczeń: świadczenie usług zdrowotnych w:

_____ (proszę uzupełnić)*

¹ Dane niezbędne do sprawdzenia Oferenta w Rejestrze Sprawców Przepęstw na Tle Seksualnym

FORMULARZ OFERTOWY 2

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

- Psychoterapeuta superwizor

świadczenie usług medycznych w jednostkach organizacyjnych Spółki

3. Opis kompetencji (oceniane)

KRYTERIUM	WAGA		Właściwe zaznaczyć krzyżykiem
1. KWALIFIKACJE ZAWODOWE i DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE (oferent posiada)			
Wykształcenie/uprawnienia (potwierdzone odpowiednimi dokumentami)			
Tytuł magistra	2	pkt	
Osoba posiadająca kwalifikacje superwizora (certyfikat), określone w pkt. 3 ogłoszenia konkursowego	5	pkt	
Dodatkowe kwalifikacje (potwierdzone odpowiednimi dokumentami)			
Inne, (Jakie: _____)	3	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 AKTUALNĄ OPINIĄ lub AKTUALNA REKOMENDACJA DO WSPÓŁPRACY			
Opinia pozytywna	5	pkt	
Rekomendacja	5	pkt	
KRYTERIUM	WAGA		
3. KRYTERIUM CENY			
Maksymalna ilość punktów*	3	pkt	

OBJAŚNIENIA dot. tabeli z pkt. 3 formularza

AD. CZ. 1

Oferent otrzymuje punkty po dołączeniu do oferty dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe. Punkty uzyskane w części 1 (kwalifikacje/doświadczenie zawodowe) sumują się. Oferent otrzymuje maksymalnie 3 punkty za wszystkie dołączone dokumenty.

AD. CZ. 2

Warunkiem naliczenia punktów jest uzyskanie pozytywnej opinii lub rekomendacji obecnego i bezpośredniego przełożonego.

AD. CZ. 3

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 2

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

- Psychoterapeuta superwizor

świadczenie usług medycznych w jednostkach organizacyjnych Spółki

4. Oferta cenowa:

Zadanie i miejsce świadczenia usług	Miara	Cena za punkt/godzinę	Liczba punktów/godzin miesięcznie
świadczenie usług (porada)* W.....	Punkt/Stawka		

*proszę uzupełnić

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. Kopię dokumentów potwierdzających kwalifikacje: prawo wykonywania zawodu bez ograniczeń (jeśli dotyczy),
2. dokumenty potwierdzające uzyskane kwalifikacje (dyplom specjalizacji, certyfikaty, zaświadczenia ukończenia kursów specjalizacyjnych, kwalifikacyjnych oraz inne dokumenty potwierdzające uzyskane kompetencje).
3. Kopię dokumentów rejestracyjnych: kopię wypisu z właściwego rejestru Okręgowej Izby Lekarskiej – na podstawie art. 18 lub 19 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (jeśli dotyczy), zaświadczenie o dokonaniu wpisu do ewidencji działalności gospodarczej (wydruk z CEIDG).
4. Kopię polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem
5. świadczeń zdrowotnych, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami lub oświadczenie, że oferent wykupi taką polisę i dostarczy ją najpóźniej w dniu podpisania umowy.
6. Kopię zaświadczenia o braku przeciwwskazań do udzielania świadczeń zdrowotnych wydane przez lekarza medycyny pracy.
7. Oryginał pełnomocnictwa w przypadku, o którym mowa w § 6 *Regulaminu przeprowadzania konkursu ofert* (jeśli dotyczy).

.....

Podpis Oferenta

FORMULARZ OFERTOWY 2

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

- Psychoterapeuta superwizor

świadczenie usług medycznych w jednostkach organizacyjnych Spółki

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 Lecznicy 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 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 nie byłem/-am karany/-a za przewinienia/przestępstwa umyślne,
11. 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 Lecznicy Sp. z o.o. wniosek o rozwiązanie łączącej mnie z COPERNICUS PL Sp. z o.o. umowy za porozumieniem stron.

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczęć, podpis)

*niepotrzebne skreślić

FORMULARZ OFERTOWY 2

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

- Psychoterapeuta superwizor

świadczenie usług medycznych w jednostkach organizacyjnych Spółki

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.
- 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)

.....
(pieczętka, podpis Oferenta)