

FORMULARZ OFERTOWY 1
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.
- usługi lekarza -

Kliniczny Oddział Gastroenterologii, Alergologii i żywienia Dzieci Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku/Kliniczny Oddział Pediatrii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku/Poradnia Alergologiczna, Przychodnia przy Szpitalu im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku/Poradnia Alergologiczna, Przychodnia przy Szpitalu św. Wojciecha w Gdańsku Poradnia Alergologiczna dla Dzieci, Przychodnia przy Szpitalu św. Wojciecha w Gdańsku

Gdańsk, dnia 04.03.2024r.

1. Dane identyfikacyjne Oferenta:

Nazwa, siedziba oferenta	
Nr telefonu kontaktowego	
Nazwa banku i nr konta	
NIP	
REGON	

2. Określenie rodzaju i zakresu świadczeń będących przedmiotem oferty

1. Zakres świadczeń: świadczenie usług zdrowotnych:

_____ (proszę
wpisać odpowiednio oddział/poradnię)

3. Dane identyfikacyjne i opis kompetencji:

1. WYKAZ OSÓB UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ I ICH KWALIFIKACJE ZAWODOWE * szczegółowe informacje proszę uzupełnić w Załączniku nr 2 do Formularza Ofertowego			
2. DOTYCHCZASOWA WSPÓŁPRACA Z COPERNICUS PL SP. Z O.O. POTWIERDZONA OPINIĄ lub REKOMENDACJA			
KRYTERIUM	WAGA	Właściwe zaznaczyć krzyżykiem	
Opinia/rekomendacja dołączona do oferty	5	pkt	
Brak opinii/rekomendacji dołączonej do oferty	0	pkt	
KRYTERIUM	WAGA		
3. KRYTERIUM CENY			
Maksymalna ilość punktów za ofertę cenową każdego świadczenie (wzór obliczeń poniżej)*	3	pkt	

FORMULARZ OFERTOWY 1
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.
- usługi lekarza -

Kliniczny Oddział Gastroenterologii, Alergologii i żywienia Dzieci Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku/Kliniczny Oddział Pediatrii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku/Poradnia Alergologiczna, Przychodnia przy Szpitalu im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku/Poradnia Alergologiczna, Przychodnia przy Szpitalu św. Wojciecha w Gdańsku Poradnia Alergologiczna dla Dzieci, Przychodnia przy Szpitalu św. Wojciecha w Gdańsku

*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. 2

Warunek obligatoryjny - warunkiem naliczenia punktów jest uzyskanie pozytywnej opinii lub rekomendacji w zakresie świadczenia usług medycznych i dołączenie jej do oferty:

Wymagana jest pozytywna opinia/rekomendacja obecnego Dyrektora Medycznego lub obecnego kierownika oddziału/jednostki, na który oferent składa ofertę, W/wym. opinia ważna jest 1miesiąc od daty jej sporządzenia.

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 *

* waga kryterium jest równa 3 dla każdego świadczenia

4. Oferta cenowa:

Zadanie	Miara	cena 1 godziny/punktu	Liczba godzin/punktów miesięcznie
Świadczenie usług oddział*	Punkt		
dyżury oddział*			
Świadczenie usług poradnia*			
Świadczenie usług komercyjnych poradnia*	% wartości wskazanej w cenniku obowiązującym w Spółce		
Dodatkowe świadczenia (realizowane w ramach umowy ze Spółką).....	Stawka/Punkt		

*proszę uzupełnić nazwę jednostki

5. Inne informacje mogące mieć znaczenie przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych

FORMULARZ OFERTOWY 1
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.

- usługi lekarza –

Kliniczny Oddział Gastroenterologii, Alergologii i żywienia Dzieci Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku/Kliniczny Oddział Pediatrii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku/Poradnia Alergologiczna, Przychodnia przy Szpitalu im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku/Poradnia Alergologiczna, Przychodnia przy Szpitalu św. Wojciecha w Gdańsku Poradnia Alergologiczna dla Dzieci, Przychodnia przy Szpitalu św. Wojciecha w Gdańsku

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:
 - a. 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:
 - a. wypisu z właściwego rejestru Okręgowej Izby Lekarskiej – na podstawie art. 18 lub 19 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej/potwierdzenia rejestracji w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, 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*,
6. zaświadczenie o odbyciu kursu ochrony radiologicznej (jeśli dotyczy).

.....
Podpis Oferenta

FORMULARZ OFERTOWY 1
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.

- usługi lekarza -

Kliniczny Oddział Gastroenterologii, Alergologii i żywienia Dzieci Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku/Kliniczny Oddział Pediatrii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku/Poradnia Alergologiczna, Przychodnia przy Szpitalu im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku/Poradnia Alergologiczna, Przychodnia przy Szpitalu św. Wojciecha w Gdańsku Poradnia Alergologiczna dla Dzieci, Przychodnia przy Szpitalu św. Wojciecha w Gdańsku

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 14:35 do 07:00 dnia następnego oraz w dni świąteczne w godzinach od 07:00 do 07:00 dnia następnego),
9. 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,
10. Oświadczam, że nie byłem/-am karany/-a za przewinienia/przestępstwa umyślne,
11. Zobowiązuję się przedłożyć informację o niekaralności z **Krajowego Rejestru Karnego** i złożyć stosowne oświadczenia, zgodnie z art. 21 Ustawy z dnia 13 maja 2016r. (Dz.U. z 2023r., poz. 1304, 1606), najpóźniej w dniu podpisania umowy,
12. Oświadczam, że palę papierosy/nie palę papierosów/odmawiam udzielenia odpowiedzi,
13. 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.

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęćka, podpis)

*niepotrzebne skreślić

FORMULARZ OFERTOWY 1
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.

- usługi lekarza –

Kliniczny Oddział Gastroenterologii, Alergologii i żywienia Dzieci Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku/Kliniczny Oddział Pediatrii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku/Poradnia Alergologiczna, Przychodnia przy Szpitalu im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku/Poradnia Alergologiczna, Przychodnia przy Szpitalu św. Wojciecha w Gdańsku Poradnia Alergologiczna dla Dzieci, Przychodnia przy Szpitalu św. Wojciecha w Gdańsku

Załącznik nr 2 do *Formularza ofertowego* (dotyczy punktu 3.1.)

WYKAZ OSÓB UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ I ICH KWALIFIKACJE ZAWODOWE (proszę uzupełnić każde pole)	
Imię i Nazwisko	
Numer prawa wykonywania zawodu	
Lekarz specjalista z zakresu pediatrii/alergologii (oferta otrzymuje dodatkowe 3 punkty za każdą specjalizację)	
Imiona rodziców, nazwisko rodowe i data urodzenia ¹	

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczęć, podpis)

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

FORMULARZ OFERTOWY 1
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.
- usługi lekarza -

Kliniczny Oddział Gastroenterologii, Alergologii i żywienia Dzieci Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku/Kliniczny Oddział Pediatrii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku/Poradnia Alergologiczna, Przychodnia przy Szpitalu im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku/Poradnia Alergologiczna, Przychodnia przy Szpitalu św. Wojciecha w Gdańsku Poradnia Alergologiczna dla Dzieci, Przychodnia przy Szpitalu św. Wojciecha w Gdańsku

Oferent przyjmuje do wiadomości, że:

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.

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć, podpis)