

## FORMULARZ OFERTOWY

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

- usługi neurologopedy -

w jednostkach organizacyjnych Spółki

Gdańsk, dnia 10.09.2024r.

### 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	
Adres e-mail	
Imiona rodziców, nazwisko rodowe i data urodzenia Oferenta <sup>1</sup>	
Nr i miejsce wpisu w ewidencji działalności gospodarczej	

### 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

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

- usługi neurologopedy -

w jednostkach organizacyjnych Spółki

### 3. Opis kompetencji (oceniane)

KRYTERIUM	WAGA	Właściwe zaznaczyć krzyżykiem
<b>1. KWALIFIKACJE ZAWODOWE i DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE (oferent posiada)</b>		
<b>Wykształcenie/uprawnienia (potwierdzone odpowiednimi dokumentami)</b>		
Tytuł magistra (kierunek logopedia)	2	pkt
Inny tytuł naukowy	0	pkt
Tytuł specjalisty w dziedzinie neurologopedii lub ukończone studia podyplomowe w zakresie neurologopedii	5	pkt
Doświadczenie zawodowe – praktyka neurologopedyczna w oddziałach neonatologicznych oraz położniczo-ginekologicznych	5	pkt
Doświadczenie zawodowe w zakresie: diagnozy i terapii neurologopedycznej noworodków i niemowląt ze szczególnym uwzględnieniem pacjentów po przebytej intensywnej terapii oddechowej z potrzebą intubacji	5	pkt
Posiadanie kwalifikacji z zakresu opieki neurologopedycznej nad wcześniakiem, diagnozy skróconych wędzidełek jamy ustnej, dysfagii itp.	5	pkt
<b>Dodatkowe kwalifikacje (potwierdzone odpowiednimi dokumentami)</b>		
Inne, (Jakie: _____)	1	pkt
KRYTERIUM	WAGA	Właściwe zaznaczyć krzyżykiem
<b>2. DOTYCHCZASOWE, NIENAGANNE ŚWIADCZENIE PRACY LUB USŁUG NA RZECZ PCT, SZPITALA ŚW. WOJCIECHA LUB COPERNICUS PL SP. Z O.O. lub innej jednostki, POTWIERDZONE OPINIĄ lub REKOMENDACJĄ BEZPOŚREDNIEGO PRZEŁOŻONEGO</b>		
tak	5	pkt
nie	0	pkt
KRYTERIUM	WAGA	
<b>3. KRYTERIUM CENY</b>		
Maksymalna ilość punktów za ofertę cenową każdego świadczenia (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 (kwalifikacje/doświadczenie zawodowe) sumują się. Oferent otrzymuje punkty w sytuacji dołączenia do oferty kopii dokumentów potwierdzających kwalifikacje/doświadczenie.

##### **AD. CZ. 2**

Warunkiem naliczenia punktów jest uzyskanie pozytywnej opinii/rekomendacji osoby zarządzającej daną jednostką, której dotyczy oferta.

##### **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 (jest równa 3 dla każdego świadczenia)

## FORMULARZ OFERTOWY

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

- usługi neurologopedy -

w jednostkach organizacyjnych Spółki

---

#### 4. Oferta cenowa:

Zadanie i miejsce świadczenia usług	Miara	Cena za punkt/godzinę
usługi neurologopedy.....	Punkt/Stawka	

#### 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:

- Kopię 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),
- Kopię 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),  
zaświadczenie o dokonaniu wpisu do ewidencji działalności gospodarczej -wydruk w CEIDG.
- 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,
- Kopię zaświadczenia o braku przeciwwskazań do udzielania świadczeń zdrowotnych wydane przez lekarza medycyny pracy.
- Oryginał pełnomocnictwa w przypadku o którym mowa w § 6 Regulaminu przeprowadzania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy (jeśli dotyczy).

.....  
Podpis Oferenta

## FORMULARZ OFERTOWY

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

- usługi neurologopedy -

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. 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 Lecznicy 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 w oświadczeniu

## FORMULARZ OFERTOWY

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

- usługi neurologopedy -

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](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 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)