

FORMULARZ OFERTOWY 2
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.

- usługi lekarza –

Zakład Patomorfologii Spółki COPERNICUS PL Sp. z o.o. (w lokalizacji przy ul. Nowe Ogrody 1-6 w Gdańsku)

Gdańsk, dnia 05.01.2024r.

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	
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:

_____ (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 -

Zakład Patomorfologii Spółki COPERNICUS PL Sp. z o.o. (w lokalizacji przy ul. Nowe Ogrody 1-6 w Gdańsku)

3. Opis kompetencji (oceniane)

KRYTERIUM	WAGA	Właściwe zaznaczyć krzyżykiem
1. KWALIFIKACJE ZAWODOWE Oferent posiada*		
1.1. STOPIEŃ SPECJALIZACJI		
Specjalista	3	pkt
II° specjalizacji	3	pkt
I° specjalizacji	2	pkt
W trakcie specjalizacji	1	pkt
1.2. Dodatkowe kwalifikacje (potwierdzone certyfikatami odpowiednich instytucji)		
Inne, (Jakie: _____)	1	pkt
KRYTERIUM	WAGA	Właściwe zaznaczyć krzyżykiem
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 **		
tak	1	pkt
nie	0	pkt
KRYTERIUM	WAGA	Właściwe zaznaczyć krzyżykiem
KRYTERIUM	WAGA	Właściwe zaznaczyć krzyżykiem
3. KRYTERIUM CENY (uzupełnia Komisja)		
Maksymalna ilość punktów za ofertę cenową każdego świadczenie (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

AD. CZ. 1

Punkty uzyskane w części 1.1 i 1.2 (kwalifikacje zawodowe) sumują się, oferent otrzymuje punkty tylko za jedną specjalizację. W części 1.2 oferent otrzymuje maksymalnie 1 pkt. po dołączeniu do oferty kopii dokumentów potwierdzających kwalifikacje.

AD. CZ. 2

Warunkiem naliczenia punktów jest uzyskanie pozytywnej opinii/rekomendacji i dołączenie jej do składanej oferty:

- w przypadku **kierownika/zastępcy kierownika oddziału** – wymagana jest pozytywna opinia obecnego **Dyrektora**

Medycznego,

- w przypadku lekarzy wcześniej współpracujących z COPERNICUS PL Sp. z o.o. – wymagana jest pozytywna opinia obecnego kierownika oddziału/jednostki, na który składa ofertę,

- w przypadku lekarzy wcześniej nie współpracujących z COPERNICUS PL Sp. z o.o. – wymagana jest rekomendacja obecnego kierownika oddziału/jednostki, na który składa ofertę.

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

FORMULARZ OFERTOWY 2
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.

- usługi lekarza –

Zakład Patomorfologii Spółki COPERNICUS PL Sp. z o.o. (w lokalizacji przy ul. Nowe Ogrody 1-6 w Gdańsku)

4. Oferta cenowa:

RODZAJ ŚWIADCZEŃ	miara	ryczałt	cena za badanie	ilość badań miesięcznie
świadczenia w laboratorium Patomorfologii - badania śródoperacyjne, szkolenie rezydentów, BAC w jednostce zatrudnienia, potwierdzanie wyników onkologicznych, kwalifikacja materiału do badań genetycznych	Ryzałt/mc			
badania histopatologiczne i z oceną barwień histochemicznych	Stawka za blok			
badanie cytologiczne	Stawka za badanie			
cytologia ginekologiczna, mocze	Stawka za badanie			
wykonywanie badań makroskopowych z pobieraniem wycinków	Stawka za badanie			
konsultacje przypadków zewnętrznych spoza COPERNICUS PL Sp.zo.o. na podstawie odpowiednich umów	Stawka za konsultację			
sekcja zwłok	Stawka za sekcję			
ocena FISH, ISH	Stawka za badanie			
ocena odczynów immunohistochemicznym	Stawka za ocenę			
dodatkowe świadczenia (realizowane w ramach umowy ze Spółką).....	Stawka			

FORMULARZ OFERTOWY 2
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Lecznicy Sp. z o.o.
- usługi lekarza -
Zakład Patomorfologii Spółki COPERNICUS PL Sp. z o.o. (w lokalizacji przy ul. Nowe Ogrody 1-6 w Gdańsku)

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: dyplom ukończenia szkoły, prawo wykonywania zawodu, dyplom specjalizacji, certyfikaty potwierdzające ukończenie szkoleń, zaświadczenia ukończenia kursów specjalizacyjnych, kwalifikacyjnych oraz inne dokumenty potwierdzające uzyskane kompetencje,
2. Kopię dokumentów rejestracyjnych: wypis z właściwego rejestru Okręgowej Izby Lekarskiej/Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, zaświadczenie o dokonaniu wpisu do ewidencji działalności gospodarczej CEiGD,
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 oraz zaświadczenie o ukończeniu szkolenia z zakresu BHP (okresowego),
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/ chirurgii ogólnej, neurochirurgii, chirurgii dziecięcej).

.....
Podpis Oferenta

FORMULARZ OFERTOWY 2
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.
- usługi lekarza –
Zakład Patomorfologii Spółki COPERNICUS PL Sp. z o.o. (w lokalizacji przy ul. Nowe Ogrody 1-6 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. Oświadczam, że palę papierosy/nie palę papierosów/odmawiam udzielenia odpowiedzi*,

FORMULARZ OFERTOWY 2
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.

- usługi lekarza -

Zakład Patomorfologii Spółki COPERNICUS PL Sp. z o.o. (w lokalizacji przy ul. Nowe Ogrody 1-6 w Gdańsku)

12. 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

** wykreślić jeśli nie dotyczy

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.

FORMULARZ OFERTOWY 2

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

- usługi lekarza –

Zakład Patomorfologii Spółki COPERNICUS PL Sp. z o.o. (w lokalizacji przy ul. Nowe Ogrody 1-6 w Gdańsku)

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczęćka, podpis Oferenta)