

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

- usługi lekarza –

Oddział Neurologiczny, Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku/Oddział Udarowy, Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku/Poradnia Neurologiczna, Przychodnia przy Szpitalu im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku

Gdańsk, dnia 03.04.2025r.

1. Dane identyfikacyjne Oferenta

Nazwa, siedziba oferenta	
Nazwisko i Imię	
Numer Prawa Wykonywania Zawodu	
Nr telefonu kontaktowego	
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 -

Oddział Neurologiczny, Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku/Oddział Udarowy, Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku/Poradnia Neurologiczna, Przychodnia przy Szpitalu im. Mikołaja Kopernika 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	5	pkt	
nie	0	pkt	
KRYTERIUM	WAGA		
3. DEKLAROWANY MINIMALNY MIESIĘCZNY CZAS UDZIELANIA ŚWIDCZEŃ (bez dyżurów)			
160h	1	pkt	
poniżej 160h	0	pkt	
4. 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.

W/wym. opinia ważna jest 1miesiąc od daty jej sporządzenia.

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**

**waga kryterium jest równa 3 dla każdego świadczenia

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

- usługi lekarza -

Oddział Neurologiczny, Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku/Oddział Udarowy, Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku/Poradnia Neurologiczna, Przychodnia przy Szpitalu im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku

4. Oferta cenowa

Zadanie	Miara	Cena za 1 godzinę/punkt, ryczałt	Liczba godzin/punktów w miesiącu
Świadczenie usług na Oddziale Neurologicznym/Udarowym, Szpital im. Mikołaja Kopernika	Punkt		
Minimum 5 dyżurów w miesiącu - na Oddziale Neurologicznym/Udarowym, Szpital im. Mikołaja Kopernika*	Godzina		
Świadczenie usług komercyjnych na Oddziale Neurologicznym/Udarowym, Szpital im. Mikołaja Kopernika	% wartości z cennika obowiązującego w Spółce		
Świadczenie usług medycznych w Poradni Neurologicznej	Punkt		
Świadczenie usług komercyjnych w Poradni Neurologicznej	% wartości z cennika obowiązującego w Spółce		
Dodatkowe świadczenia (realizowane w ramach umowy ze Spółką)**	Punkt/Stawka		

*świadczenia obligatoryjne - nieuwzględnienie w ofercie świadczeń obligatoryjnych będzie skutkowało odrzuceniem oferty

**poproszę uzupełnić jeśli dotyczy

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, 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/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 przez lekarzy*
6. zaświadczenie o odbyciu kursu ochrony radiologicznej (jeśli dotyczy).

.....
 podpis Oferenta

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

- usługi lekarza -

Oddział Neurologiczny, Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku/Oddział Udarowy, Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku/Poradnia Neurologiczna, Przychodnia przy Szpitalu im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku

Załącznik nr 1 do Formularza ofertowego

Dane Oferenta:

Nazwa: _____

adres: _____

nr telefonu: _____

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 zgode kierownika specjalizacji na samodzielne pełnienie dyżurów/samodzielne udzielanie świadczeń zdrowotnych w poradni specjalistycznej – 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),
12. Zobowiązuję się po pomyślnym przejściu procesu postępowania do dostarczenia w sposób elektroniczny własnego zdjęcia w określonym formacie. Akceptuję fakt, że jest to **warunek konieczny do zawarcia umowy ze Spółką w zakresie podjęcia współpracy**, zgodnie z regulacjami wewnątrzzakładowymi,
13. Oświadczam, że palę papierosy/nie palę papierosów/odmawiam udzielenia odpowiedzi*,
14. 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, jeśli nowa umowa realizowana będzie w ramach jednej jednostki organizacyjnej Spółki lub w tożsamym zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych.

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęćka, podpis)

*niepotrzebne skreślić

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

- usługi lekarza –

**Oddział Neurologiczny, Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku/Oddział Udarowy, Szpital im. Mikołaja
Kopernika w Gdańsku/Poradnia Neurologiczna, Przychodnia przy Szpitalu im. Mikołaja Kopernika w
Gdańsku**

Załącznik nr 2 do *Formularza ofertowego*

OŚWIADCZENIE
RACHUNEK BANKOWY

Nazwisko:

Imię:

NIP.....

REGON.....

Niniejszym proszę o dokonywanie wypłaty należności za świadczenie usług na wskazany poniżej rachunek bankowy:

Nazwa Banku:

(proszę podać pełną nazwę Banku)

Numer Rachunku:

.....

(proszę podać pełny numer rachunku)

.....

(data)

.....

(własnoręczny podpis Oferenta)

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

- usługi lekarza -

Oddział Neurologiczny, Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku/Oddział Udarowy, Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku/Poradnia Neurologiczna, Przychodnia przy Szpitalu im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku

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.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis Oferenta)