

FORMULARZ OFERTOWY

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

- usługi neurologopedy -

w jednostkach organizacyjnych Spółki

Gdańsk, dnia 30.04.2025r.

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 ¹	
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 Przestępstw na Tle Seksualnym

FORMULARZ OFERTOWY

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

- usługi neurologopedy -

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 (kierunek logopedia)	2	pkt
Inny tytuł naukowy	0	pkt
Tytuł specjalisty w dziedzinie neurologopedii lub ukończone studia podyplomowe w zakresie neurologopedii	2	pkt
Doświadczenie zawodowe – praktyka neurologopedyczna w oddziałach neonatologicznych oraz położniczo-ginekologicznych	2	pkt
Doświadczenie zawodowe w zakresie: diagnozy i terapii neurologopedycznej noworodków i niemowląt ze szczególnym uwzględnieniem pacjentów po przebytej intensywnej terapii oddechowej z potrzebą intubacji	2	pkt
Posiadanie kwalifikacji z zakresu opieki neurologopedycznej nad wcześniakiem, diagnozy skróconych wędzidełek jamy ustnej, dysfagii itp.	2	pkt
Dodatkowe kwalifikacje (potwierdzone odpowiednimi dokumentami)		
Inne, (Jakie: _____)	1	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. lub innej jednostki, POTWIERDZONE OPINIĄ lub REKOMENDACJĄ BEZPOŚREDNIEGO PRZEŁOŻONEGO		
tak	10	pkt
nie	0	pkt
KRYTERIUM	WAGA	
3. KRYTERIUM CENY		
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 Leczniczy 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	

*uzupełnić preferowane miejsce udzielania świadczeń

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

Załącznik nr 1 do Formularza ofertowego

Dane Oferenta:

Nazwa:

adres:

FORMULARZ OFERTOWY

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

- usługi neurologopedy -

w jednostkach organizacyjnych Spółki

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 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/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 Lecznicy 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)

.....
(pieczęć, podpis)

*niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 2 do Formularza ofertowego

**OŚWIADCZENIE
RACHUNEK BANKOWY**

FORMULARZ OFERTOWY

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

- usługi neurologopedy -

w jednostkach organizacyjnych Spółki

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)

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:

FORMULARZ OFERTOWY

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

- usługi neurologopedy -

w jednostkach organizacyjnych Spółki

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest COPERNICUS Podmiot Lecznicy 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 Lecznicy 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 Oferenta)