

## FORMULARZ OFERTOWY 2

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

- usługi psychologa –

w jednostkach organizacyjnych Spółki

Gdańsk, dnia 25.11.2025r.

### 1. Dane identyfikacyjne Oferenta:

|                                                                         |  |
|-------------------------------------------------------------------------|--|
| Nazwa, siedziba oferenta zgodnie z CEiDG                                |  |
| Nazwisko i Imię                                                         |  |
| Nr telefonu kontaktowego                                                |  |
| NIP                                                                     |  |
| REGON                                                                   |  |
| Specjalizacja                                                           |  |
| Adres e-mail                                                            |  |
| Imiona rodziców, nazwisko rodowe i data urodzenia Oferenta <sup>1</sup> |  |

### 2. Określenie rodzaju i zakresu świadczeń będących przedmiotem oferty

1. Zakres świadczeń: świadczenie usług zdrowotnych w:

\_\_\_\_\_ (proszę uzupełnić)

### 3. Opis kompetencji (oceniane)

| KRYTERIUM                                                                  | WAGA | Właściwe zaznaczyć krzyżykiem |
|----------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------|
| <b>1. KWALIFIKACJE ZAWODOWE i DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE (oferent posiada)</b> |      |                               |
| Wykształcenie/uprawnienia (potwierdzone odpowiednimi dokumentami)          |      |                               |

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

## FORMULARZ OFERTOWY 2

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

- usługi psychologa –

w jednostkach organizacyjnych Spółki

|                                                                                                                                                                                                                                            |      |                               |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------|-----|
| Mgr psychologii                                                                                                                                                                                                                            | 5    | pkt                           |     |
| Doświadczenie zawodowe w pracy z pacjentami w środowisku klinicznym min. 1 rok – oddziały szpitalne                                                                                                                                        | 5    | pkt                           |     |
| 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 aktualnie wchodzącej w skład Spółki, <b>POTWIERDZONE OPINIĄ</b> BEZPOŚREDNIEGO PRZEŁOŻONEGO |      |                               |     |
| nie                                                                                                                                                                                                                                        | 0    | pkt                           |     |
| tak                                                                                                                                                                                                                                        | 10   | pkt                           |     |
| KRYTERIUM                                                                                                                                                                                                                                  | WAGA |                               |     |
| 3. KRYTERIUM CENY                                                                                                                                                                                                                          |      |                               |     |
| Maksymalna ilość punktów za ofertę cenową każdego świadczenie (wzór obliczeń poniżej)*                                                                                                                                                     | 3    |                               | pkt |

#### OBJAŚNIENIA dot. tabeli

##### AD. CZ. 1

Punkty uzyskane w części 1 formularza sumują się

##### AD. CZ. 2

Warunkiem naliczenia punktów jest uzyskanie pozytywnej opinii/rekomendacji bezpośredniego przełożonego. Opinia/rekomendacja jest ważna 1 mc.

##### 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)

\*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

#### 4. Oferta cenowa:

## FORMULARZ OFERTOWY 2

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

- usługi psychologa –

w jednostkach organizacyjnych Spółki

| Zadanie i miejsce świadczenia usług                                         | Miara   | Cena za godzinę | Liczba godzin miesięcznie |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------|-----------------|---------------------------|
| świadczenia zdrowotne w zakresie.....(uzupełnić zakres i miejsce świadczeń) | Godzina |                 |                           |

### 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: prawo wykonywania zawodu bez ograniczeń (jeśli dotyczy)
2. dokumenty potwierdzające uzyskane kwalifikacje (dyplom specjalizacji, certyfikaty, zaświadczenia ukończenia kursów specjalizacyjnych, kwalifikacyjnych oraz inne dokumenty potwierdzające uzyskane kompetencje),
3. Kopię dokumentów rejestracyjnych: w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą lub wpisu w Centralnym Rejestrze Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego (jeśli dotyczy), zaświadczenie o dokonaniu wpisu do ewidencji działalności gospodarczej - wydruk w CEIDG,
4. 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,
5. Kopię zaświadczenia o braku przeciwwskazań do udzielania świadczeń zdrowotnych wydane przez lekarza medycyny pracy.
6. 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:

## FORMULARZ OFERTOWY 2

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

- usługi psychologa –

w jednostkach organizacyjnych Spółki

Nazwa: \_\_\_\_\_

adres: \_\_\_\_\_

nr telefonu: \_\_\_\_\_

#### *Oświadczenie Oferenta*

**Oświadczam, że jako oferent\*:**

- 1) Zapoznałam/-em się z treścią Ogłoszenia konkursu ofert.
- 2) Zapoznałam/-em się z treścią Regulaminu przeprowadzania konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych, Zasadami i szczegółowymi warunkami konkursu (Załącznik Nr 1 do w/w Regulaminu) oraz wzorem umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne.
- 3) Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia, które potwierdzam stosownymi dokumentami załączonymi do niniejszej oferty.
- 4) Załączone kserokopie dokumentów wykonane zostały z oryginału dokumentu, a zawarte w nich dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
- 5) Posiadam ubezpieczenie o odpowiedzialności cywilnej/zawrę umowę o odpowiedzialności cywilnej i dostarczę kopię polisy najpóźniej w dniu podpisania umowy.
- 6) Oświadczam, że nie jestem:\*\*
  - a. zawieszona/y w prawie wykonywania zawodu albo ograniczona/y w wykonywaniu określonych czynności zawodowych na podstawie przepisów o zawodach pielęgniarstwa i położnej/fizjoterapeuty lub przepisów o samorządzie pielęgniarek i położnych / przepisach o zawodzie fizjoterapeuty,
  - b. pozbawiona/y możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszona/y w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym.
- 7) Zobowiązuję się przedłożyć informację z **Krajowego Rejestru Karnego** (zgodnie z art. 21 ust. 1 i 3 Ustawy z dnia 13 maja 2016r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (tj. Dz.U. 2023r., poz. 1304, 1606).
- 8) 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 wewnętrznymi regulacjami Spółki.
- 9) 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.
- 10) Oświadczam, że palę papierosy/nie palę papierosów/odmawiam udzielenia odpowiedzi.
- 11) Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez spółkę COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o., ul. Nowe Ogrody 1-6 w Gdańsku, dla potrzeb niezbędnych do realizacji świadczeń medycznych określonych w ofercie/umowie, zgodnie z ustawą z dnia 10.05.2018r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. z 2018r., poz.1000 z późn. zm.).

Przyjmuję do wiadomości, że przysługuje mi prawo wglądu do treści moich danych oraz ich poprawiania.

**\*skreślić jeśli nie dotyczy**

**\*\* dotyczy pielęgniarek, położnych oraz fizjoterapeutów**

## FORMULARZ OFERTOWY 2

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

- usługi psychologa –

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 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](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 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)