

FORMULARZ OFERTOWY 3

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

- Psychoterapeuta superwizor -

świadczenie usług medycznych w jednostkach organizacyjnych Spółki

Gdańsk, dnia 25.11.2025r.

1. Dane identyfikacyjne Oferenta:

Nazwa/imię i nazwisko, siedziba oferenta – zgodnie z wpisem w ewidencji działalności gospodarczej	
Nr telefonu kontaktowego	
NIP	
REGON	
Specjalizacja (jeśli dotyczy)	
Adres e-mail	
Imiona rodziców, nazwisko rodowe i data urodzenia oferenta ¹	

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 3

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

- Psychoterapeuta superwizor -

świadczenie usług medycznych 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		2	pkt	
Osoba posiadająca kwalifikacje superwizora (certyfikat), określone w ogłoszeniu konkursowym		5	pkt	
Dodatkowe kwalifikacje (potwierdzone odpowiednimi dokumentami)				
Inne, (Jakie: _____)		3	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. POTWIERDZONE AKTUALNĄ OPINIĄ lub AKTUALNA REKOMENDACJA DO WSPÓŁPRACY				
Opinia pozytywna		10	pkt	
Rekomendacja		10	pkt	
KRYTERIUM		WAGA		
3. KRYTERIUM CENY				
Maksymalna ilość punktów za każde świadczenie*		3		pkt

OBJAŚNIENIA dot. tabeli z pkt. 3 formularza

AD. CZ. 1

Oferent otrzymuje punkty po dołączeniu do oferty dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe. Punkty uzyskane w części 1 (kwalifikacje/doświadczenie zawodowe) sumują się. Oferent otrzymuje maksymalnie 3 punkty za wszystkie dołączone dokumenty.

AD. CZ. 2

Warunkiem naliczenia punktów jest uzyskanie pozytywnej opinii lub rekomendacji obecnego i bezpośredniego przełożonego.

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

*maksymalna ilość punktów jaką może otrzymać oferent po zapoznaniu się Komisji Konkursowej ze wszystkimi ofertami w danym zakresie zadań i wyłonieniu ceny minimalnej za dane świadczenie

**waga kryterium jest równa 3 dla każdego świadczenia

FORMULARZ OFERTOWY 3

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

- Psychoterapeuta superwizor -

świadczenie usług medycznych w jednostkach organizacyjnych Spółki

4. Oferta cenowa: Dodatkowe świadczenia (realizowane w ramach umowy ze Spółką).....

Zadanie i miejsce świadczenia usług	Miara	Cena za punkt/godzinę	Liczba punktów/godzin miesięcznie
świadczenie usług (porada)w*	Punkt/Stawka		
Dodatkowe świadczenia (realizowane w ramach umowy ze Spółką).....	Punkt/Stawka		

*proszę uzupełnić

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) dokumenty potwierdzające uzyskane kwalifikacje (dyplom specjalizacji, certyfikaty, zaświadczenia ukończenia kursów specjalizacyjnych, kwalifikacyjnych oraz inne dokumenty potwierdzające uzyskane kompetencje),
2. 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,
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 (jeśli dotyczy).

.....
Podpis Oferenta

FORMULARZ OFERTOWY 3

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

- Psychoterapeuta superwizor -

świadczenie usług medycznych w jednostkach organizacyjnych Spółki

Załącznik nr 1 do Formularza ofertowego

Dane Oferenta:

Nazwa: _____

adres: _____

nr telefonu: _____

Oświadczenie Oferenta

- 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 pielęgniarki 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 3

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

- Psychoterapeuta superwizor -

świadczenie usług medycznych 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, 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. Udziałający 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)