

FORMULARZ OFERTOWY 1
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.
- usługi lekarza -
Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Szpital św. Wojciecha w Gdańsku/Poradnia Chirurgii
Urazowo-Ortopedycznej, Przychodnia przy Szpitalu św. Wojciecha w Gdańsku w Gdańsku

Gdańsk, dnia 17.09.2025r.

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	
Imiona rodziców, nazwisko rodowe i data urodzenia lub pesel Oferenta ¹	
Adres e-mail	

2. Określenie rodzaju i zakresu świadczeń będących przedmiotem oferty

Zakres świadczeń: świadczenie usług zdrowotnych w:

(proszę uzupełnić)

FORMULARZ OFERTOWY 1
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.
- usługi lekarza -

Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Szpital św. Wojciecha w Gdańsku/ Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Przychodnia przy Szpitalu św. Wojciecha w Gdańsku w Gdańsku

3. Opis kompetencji, koncepcja, czas udzielania świadczeń zdrowotnych (oceniane)

KRYTERIUM	WAGA		Właściwe zaznaczyć krzyżykiem
1. KWALIFIKACJE ZAWODOWE – tytuł naukowy/stopień specjalizacji (oferent posiada)			
Profesor/Doktor nauk medycznych	4	pkt	
Specjalista w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu 10 lat i więcej	2	pkt	
2. DODATKOWE KWALIFIKACJE (potwierdzone certyfikatami odpowiednich instytucji)			
Inne, (jakie: _____)	1	pkt	
3. NIENAGANNE ŚWIADCZENIE PRACY LUB UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu POTWIERDZONE OPINIĄ bezpośredniego przełożonego (aktualnego kierownika oddziału, na którym oferent obecnie realizuje obowiązki zawodowe)			
tak	10	pkt	
nie	0	pkt	
4. DEKLAROWANY MINIMALNY MIESIĘCZNY CZAS UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ (bez dyżurów)			
160h	1	pkt	
Poniżej 160h	0	pkt	
5. KRYTERIUM CENY (uzupełnia Komisja)			
Maksymalna ilość punktów za ofertę cenową (wzór obliczeń poniżej)*	3		pkt
6. OCENA PRZEDSTAWIONEJ KONCEPCJI PRACY ODDZIAŁU (uzupełnia Komisja)			
Maksymalna ilość punktów	10		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. 2

W części 1.1. Oferent może uzyskać maksymalnie 1 pkt.

AD. CZ. 5

Punkty za kryterium wyliczone zostaną zgodnie z załączonym poniżej wzorem:

Ocena częściowa liczona dla każdego oferowanego świadczenia:

$$Wc = (Cmin / Co) \times W$$

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**

AD. CZ. 6

Oferent otrzymuje maksymalną ilość punktów (10 punktów) zgodnie z poniższym podziałem i pod warunkiem przedstawienia koncepcji pracy oddziału, z uwzględnieniem koncepcji:

1. rozwoju oddziału – 2punkty
2. współpracy ze Szpitalnym Oddziałem Ratunkowym oraz Poradnią w Przychodni przy Szpitalu – 3punkty
3. racjonalizacji kosztów pracy oddziału – 3punkty
4. realizacji szkoleń specjalizacyjnych na oddziale – 2punkty

FORMULARZ OFERTOWY 1
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.
- usługi lekarza -
Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Szpital św. Wojciecha w Gdańsku/ Poradnia Chirurgii
Urazowo-Ortopedycznej, Przychodnia przy Szpitalu św. Wojciecha w Gdańsku w Gdańsku

4. Oferta cenowa:

Świadczenie	Miara	Miesięczna stawka ryczałtowa/ cena 1 punktu rozliczeniowego / 1 godziny
Kierowanie oddziałem	Ryczałt	
Świadczenie usług medycznych na oddziale	Punkt rozliczeniowy	
Dyżury na oddziale	Stawka	
Świadczenie usług komercyjnych na Oddziale	% wartości z cennika obowiązującego w Spółce	
Świadczenie usług w Poradni Ch. Urazowo-Ortopedycznej	Punkt rozliczeniowy	
Świadczenie usług w Poradni Ch. Urazowo-Ortopedycznej - DILO	Punkt rozliczeniowy	
Świadczenie usług w Poradni Ch. Urazowo-Ortopedycznej - komercja	% wartości z cennika obowiązującego w Spółce	
Dodatkowe świadczenia (realizowane w ramach umowy ze Spółką)*	Punkt rozliczeniowy/Stawka	

5. Inne informacje mogące mieć znaczenie przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych

6. 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, zaświadczenie do celów sanitarno-epidemiologicznych oraz zaświadczenie o ukończeniu szkolenia z zakresu BHP (okresowego),
5. Inne dokumenty, o których mowa w ogłoszeniu konkursowym (tj. koncepcję pracy oddziału z uwzględnieniem elementów wymienionych w formularzu ofertowym w pkt.3 ppkt.6, oświadczenie o niekaralności zawodowej i karnej),
6. Oryginał pełnomocnictwa, w przypadku, o którym mowa w § 6 Regulaminu przeprowadzania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy,
7. Zaświadczenie o odbyciu kursu ochrony radiologicznej (*jeśli dotyczy).

.....
Podpis Oferenta

FORMULARZ OFERTOWY 1
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.
- usługi lekarza -
Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Szpital św. Wojciecha w Gdańsku/Poradnia Chirurgii
Urazowo-Ortopedycznej, Przychodnia przy Szpitalu św. Wojciecha w Gdańsku 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 1
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.
- usługi lekarza -
Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Szpital św. Wojciecha w Gdańsku/Poradnia Chirurgii
Urazowo-Ortopedycznej, Przychodnia przy Szpitalu św. Wojciecha w Gdańsku 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 1
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.
- usługi lekarza -
Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Szpital św. Wojciecha w Gdańsku/Poradnia Chirurgii
Urazowo-Ortopedycznej, Przychodnia przy Szpitalu św. Wojciecha w Gdańsku 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. 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)