

FORMULARZ OFERTOWY 1
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.
usługi lekarza dentysty - Copernicus - Stomatologia w Gdańsku

Gdańsk, dnia 25.11.2025r.

1. Dane identyfikacyjne Oferenta:

Nazwa, siedziba oferenta (zgodnie z KRS)	
Nr telefonu kontaktowego	
NIP	
REGON	

2. Określenie rodzaju i zakresu świadczeń będących przedmiotem oferty

1. Zakres świadczeń: świadczenie usług zdrowotnych w

_____ (proszę uzupełnić)

3. Dane identyfikacyjne i opis kompetencji:

1. WYKAZ OSÓB UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ I ICH KWALIFIKACJE ZAWODOWE – dot. lekarza zapewnionego przez Przyjmującego zamówienie (szczegółowe informacje proszę uzupełnić w załączniku do formularza dostępnym poniżej)			
2. DOTYCHCZASOWA WSPÓŁPRACA Z COPERNICUS PL SP. Z O.O. POTWIERDZONA OPINIĄ lub REKOMENDACJA*			
KRYTERIUM	WAGA	Właściwie zaznaczyć krzyżykiem	
nie	0	pkt	
tak	5	pkt	
KRYTERIUM	WAGA		
3. KRYTERIUM CENY			
Maksymalna ilość punktów*	3		pkt

OBJAŚNIENIA dot. tabeli z pkt. 3 formularza

Ad. pkt. 1 Punkty uzyskane w części 1 (kwalifikacje zawodowe) sumują się, oferent otrzymuje punkty tylko za jedną specjalizację lekarza zapewnionego.

Ad. pkt. 2

Warunkiem naliczenia punktów jest uzyskanie pozytywnej opinii lub rekomendacji i jej dołączenie do oferty:

- wymagana jest pozytywna opinia/rekomendacja Dyrektora CS.

FORMULARZ OFERTOWY 1
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.
usługi lekarza dentysty - Copernicus - Stomatologia w Gdańsku

Ad. pkt. 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 = 3pkt. dla każdego świadczenia

* 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

4. Oferta cenowa:

Zadanie	Miara	cena 1 punktu rozliczeniowego/ świadczenia	Liczba punktów rozliczeniowych/ świadczeń miesięcznie oraz preferowany dzień tygodnia świadczenia usług/ilość godzin
Świadczenie usług w Przychodni w zakresie świadczeń ortodontycznych	Punkt rozliczeniowy		
Świadczenie usług w Przychodni w zakresie świadczeń.....*	Punkt rozliczeniowy		
Świadczenie usług komercyjnych	% wartości cennika obowiązujący w Spółce		

*proszę 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:

- Kopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe oferenta/lekarza zapewnionego,
- Dokumenty potwierdzające uzyskane kwalifikacje lekarza zapewnionego (tj. dyplom specjalizacji, certyfikaty, zaświadczenia ukończenia kursów specjalizacyjnych, kwalifikacyjnych oraz inne dokumenty potwierdzające uzyskane kompetencje),
- Kopie dokumentów rejestracyjnych:
 - wypisu z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą,
 - zaświadczenie o dokonaniu wpisu do ewidencji działalności gospodarczej/rejestru KRS,
- 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 dla lekarza zapewnionego,
- Oryginał pełnomocnictwa w przypadku, o którym mowa w § 6 *Regulaminu przeprowadzania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy*,
- Zaświadczenie o odbyciu kursu ochrony radiologicznej dla lekarza zapewnionego (*jeśli dotyczy).

.....
Podpis Oferenta

FORMULARZ OFERTOWY 1
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Lecznicy Sp. z o.o.
usługi lekarza dentysty - Copernicus - Stomatologia w Gdańsku

Załącznik nr 1 do Formularza ofertowego

Dane Oferenta:

Nazwa: _____

adres: _____

nr telefonu: _____

Oświadczenie Oferenta

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 dysponuję kadrą posiadającą 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. Załączone kserokopie dokumentów wykonane zostały z oryginału dokumentu, a zawarte w nich dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
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. Wyrażam zgodę na pracę w Poradniach Przychodni Przychodni Przychodni*.
10. Oświadczam, że w momencie podpisania umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne zobowiązuję się dostarczyć zgodę kierownika specjalizacji na samodzielne pełnienie dyżurów – dotyczy lekarzy w trakcie specjalizacji*.
11. Oświadczam, że nie byłem/łam karany/a za przewinienia/przestępstwa umyślne.
12. 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 dotyczy ona tożsamyh zadań.

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć, podpis)

**niepotrzebne skreślić*

FORMULARZ OFERTOWY 1
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.
usługi lekarza dentysty - Copernicus - Stomatologia 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)

FORMULARZ OFERTOWY 1
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.
usługi lekarza dentysty - Copernicus - Stomatologia w Gdańsku

Załącznik do formularza ofertowego (dotyczy punktu 3.1.)

WYKAZ OSÓB UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ I ICH KWALIFIKACJE ZAWODOWE* proszę uzupełnić każde pole			
Imię i Nazwisko osoby udzielającej świadczeń (lekarza zapewnionego)			
Numer prawa wykonywania zawodu			
Specjalizacja	3	pkt	
W trakcie specjalizacji	1	pkt	
Imiona rodziców, nazwisko rodowe i data urodzenia ¹			
Adres e-mail/telefon			
Dodatkowe kwalifikacje (jakie?)* *punktacja za wszystkie dodatkowe kwalifikacje w sumie, **punktacja jest przyznawana pod warunkiem załączenia kopii dokumentów uzyskanych kwalifikacji	1*	pkt	

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