

**FORMULARZ OFERTOWY 2**  
**POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.**

- usługi lekarza –

**Oddział Neurologiczny, Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku/Oddział Udarowy, Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku/Poradnia Neurologiczna, Przychodnia przy Szpitalu im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku**

Gdańsk, dnia 04.03.2025r.

**1. Dane identyfikacyjne Oferenta**

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

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

1. **Zakres świadczeń:** świadczenie usług zdrowotnych w: \_\_\_\_\_ (proszę uzupełnić)

**FORMULARZ OFERTOWY 2**  
**POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.**

- usługi lekarza -

**Oddział Neurologiczny, Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku/Oddział Udarowy, Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku/Poradnia Neurologiczna, Przychodnia przy Szpitalu im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku**

**3. Opis kompetencji (oceniane)**

| KRYTERIUM                                                                                                                                                                      | WAGA |     | Właściwe zaznaczyć krzyżykiem |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----|-------------------------------|
| 1. KWALIFIKACJE ZAWODOWE Oferent posiada*                                                                                                                                      |      |     |                               |
| 1.1. STOPIEŃ SPECJALIZACJI                                                                                                                                                     |      |     |                               |
| Specjalista                                                                                                                                                                    | 3    | pkt |                               |
| II° specjalizacji                                                                                                                                                              | 3    | pkt |                               |
| I° specjalizacji                                                                                                                                                               | 2    | pkt |                               |
| W trakcie specjalizacji                                                                                                                                                        | 1    | pkt |                               |
| 1.2. Dodatkowe kwalifikacje (potwierdzone certyfikatami odpowiednich instytucji)                                                                                               |      |     |                               |
| Inne, (Jakie:_____)                                                                                                                                                            | 1    | pkt |                               |
| KRYTERIUM                                                                                                                                                                      | WAGA |     | Właściwe zaznaczyć krzyżykiem |
| 2. DOTYCHCZASOWE, NIENAGANNE ŚWIADCZENIE PRACY LUB USŁUG NA RZECZ PCT, SZPITALA ŚW. WOJCIECHA, WCO LUB COPERNICUS PL SP. Z O.O. <b>POTWIERDZONE OPINIĄ lub REKOMENDACJĄ **</b> |      |     |                               |
| tak                                                                                                                                                                            | 5    | pkt |                               |
| nie                                                                                                                                                                            | 0    | pkt |                               |
| KRYTERIUM                                                                                                                                                                      | WAGA |     |                               |
| 3. DEKLAROWANY MINIMALNY MIESIĘCZNY CZAS UDZIELANIA ŚWIDCZEŃ (bez dyżurów)                                                                                                     |      |     |                               |
| 160h                                                                                                                                                                           | 1    | pkt |                               |
| poniżej 160h                                                                                                                                                                   | 0    | pkt |                               |
| 4. KRYTERIUM CENY (uzupełnia Komisja)                                                                                                                                          |      |     |                               |
| Maksymalna ilość punktów za ofertę cenową każdego świadczenie (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

**AD. CZ. 1**

Punkty uzyskane w części 1.1 i 1.2 (kwalifikacje zawodowe) sumują się, oferent otrzymuje punkty tylko za jedną specjalizację. W części 1.2 oferent otrzymuje maksymalnie 1 pkt. po dołączeniu do oferty kopii dokumentów potwierdzających kwalifikacje.

**AD. CZ. 2**

**Warunkiem naliczenia punktów jest uzyskanie pozytywnej opinii/rekomendacji i dołączenie jej do składanej oferty:**

- w przypadku **kierownika/zastępcy kierownika oddziału** – wymagana jest pozytywna opinia obecnego **Dyrektora**

**Medycznego,**

- w przypadku lekarzy wcześniej współpracujących z COPERNICUS PL Sp. z o.o. – wymagana jest pozytywna opinia obecnego kierownika oddziału/jednostki, na który składa ofertę,

- w przypadku lekarzy wcześniej nie współpracujących z COPERNICUS PL Sp. z o.o. – wymagana jest rekomendacja obecnego kierownika oddziału/jednostki, na który składa ofertę.

W/wym. opinia ważna jest 1miesiąc od daty jej sporządzenia.

**AD. CZ. 4**

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\*\*

\*\*waga kryterium jest równa 3 dla każdego świadczenia

**FORMULARZ OFERTOWY 2**  
**POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.**

- usługi lekarza -

**Oddział Neurologiczny, Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku/Oddział Udarowy, Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku/Poradnia Neurologiczna, Przychodnia przy Szpitalu im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku**

**4. Oferta cenowa**

| Zadanie                                                           | Miara                                        | Cena za 1 godzinę/punkt, ryczałt | Liczba godzin/punktów w miesiącu |
|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Świadczenie usług na oddziale.....*                               | Punkt                                        |                                  |                                  |
| Dyżury na oddziale.....*                                          | Godzina                                      |                                  |                                  |
| Świadczenie usług komercyjnych na oddziale.....*                  | % wartości z cennika obowiązującego w Spółce |                                  |                                  |
| Świadczenie usług medycznych w poradni                            | Punkt                                        |                                  |                                  |
| Świadczenie usług komercyjnych w poradni                          | % wartości z cennika obowiązującego w Spółce |                                  |                                  |
| Dodatkowe świadczenia (realizowane w ramach umowy ze Spółką)..... | Punkt/Stawka                                 |                                  |                                  |

**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. kopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje:  
prawo wykonywania zawodu bez ograniczeń, dokumenty potwierdzające uzyskane kwalifikacje (dyplom specjalizacji, certyfikaty, zaświadczenia ukończenia kursów specjalizacyjnych, kwalifikacyjnych oraz inne dokumenty potwierdzające uzyskane kompetencje),
2. kopie dokumentów rejestracyjnych:  
wypisu z właściwego rejestru Okręgowej Izby Lekarskiej – na podstawie art. 18 lub 19 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej/potwierdzenia rejestracji w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, zaświadczenie o dokonaniu wpisu do ewidencji działalności gospodarczej,
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
6. zaświadczenie o odbyciu kursu ochrony radiologicznej (jeśli dotyczy).

.....  
podpis Oferenta

**FORMULARZ OFERTOWY 2**  
**POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Lecznicy Sp. z o.o.**

- usługi lekarza -

**Oddział Neurologiczny, Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku/Oddział Udarowy, Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku/Poradnia Neurologiczna, Przychodnia przy Szpitalu im. Mikołaja Kopernika 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 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)

.....  
(podpis Oferenta)

\*wykreślić jeśli nie dotyczy

**FORMULARZ OFERTOWY 2**  
**POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.**

- usługi lekarza –

**Oddział Neurologiczny, Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku/Oddział Udarowy, Szpital im. Mikołaja  
Kopernika w Gdańsku/Poradnia Neurologiczna, Przychodnia przy Szpitalu im. Mikołaja Kopernika 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 2**  
**POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Lecznicy Sp. z o.o.**

- usługi lekarza -

**Oddział Neurologiczny, Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku/Oddział Udarowy, Szpital im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku/Poradnia Neurologiczna, Przychodnia przy Szpitalu im. Mikołaja Kopernika 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 Lecznicy Sp. z o.o. z siedzibą w Gdańsku ul. Nowe Ogrody 1-6, 80-803 Gdańsk;
2. Inspektorem ochrony danych w COPERNICUS Podmiot Lecznicy 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)

.....  
(podpis Oferenta)