

FORMULARZ OFERTOWY 1
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.
- usługi lekarza -
Pracownia Neurofizjologii przy Szpitalu im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku

Gdańsk, dnia 19.01.2026r.

1. Dane identyfikacyjne Oferenta:

Nazwa, siedziba oferenta	
Nr telefonu kontaktowego	
NIP	
REGON	

2. Określenie rodzaju i zakresu świadczeń będących przedmiotem oferty

1. **Zakres świadczeń:** świadczenie usług zdrowotnych w Pracowni _____ (proszę uzupełnić)

3. Dane identyfikacyjne i opis kompetencji:

1. WYKAZ OSÓB UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ I ICH KWALIFIKACJE ZAWODOWE - dot. lekarza/pielęgniarki zapewnionych przez Przyjmującego Zamówienie * szczegółowe informacje proszę uzupełnić w Załączniku nr 2 do Formularza Ofertowego			
2. DOTYCHCZASOWA WSPÓŁPRACA Z COPERNICUS PL SP. Z O.O. POTWIERDZONA OPINIĄ lub REKOMENDACJA			
KRYTERIUM	WAGA	Właściwe zaznaczyć krzyżykiem	
tak	3	pkt	
nie	0	pkt	
KRYTERIUM	WAGA		
3. KRYTERIUM CENY			
Maksymalna ilość punktów*	3	pkt	

OBJAŚNIENIA dot. tabeli z pkt. 3 formularza

AD. CZ. 2

Warunkiem naliczenia punktów jest uzyskanie pozytywnej opinii/rekomendacji Dyrektora Medycznego Spółki.

FORMULARZ OFERTOWY 1
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.
- usługi lekarza -
Pracownia Neurofizjologii przy Szpitalu im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku

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 = 3pkt.dla każdego świadczenia

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

4. Oferta cenowa:

Zadanie	Cena 1 godziny/cena 1 badania/%ceny z cennika Spółki/ryczałt	Liczba godzin w miesiącu, dni udzielania świadczeń zdrowotnych
Konsultacje - wykonywanie monitoringu śródooperacyjnego /DBS, u pacjentów kwalifikowanych do grup H51, A03, A11, A22	lekarz..... pielęgniarka.....	
Opisywanie badań EMG zleczanych ambulatoryjnie przez poradnię przy Szpitalu im. Mikołaja Kopernika	Badanie przewodnictwa (stawka za badanie nerw, potencjały)..... Próba tężyczkowa/mięsień (stawka za badanie).....	
Świadczenia medyczne na rzecz pacjentów oddziałów Szpitala im. Mikołaja Kopernika		
Świadczenia/badania komercyjne		

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 Leczniczy Sp. z o.o.
- usługi lekarza -
Pracownia Neurofizjologii 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 Leczniczy 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 Leczniczy Sp. z o.o. wniosek o rozwiązanie łączącej mnie z COPERNICUS PL Sp. z o.o. umowy za porozumieniem stron, jeśli dotyczy ona tożsamych zadań.

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć, podpis)

**niepotrzebne skreślić*

FORMULARZ OFERTOWY 1
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.
- usługi lekarza -
Pracownia Neurofizjologii przy Szpitalu im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku

Załącznik nr 2 do *Formularza ofertowego* (dotyczy punktu 3.1.)

WYKAZ OSÓB UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ I ICH KWALIFIKACJE ZAWODOWE – dot. lekarza zapewnionego przez Przyjmującego zamówienie (proszę uzupełnić każde pole)			
KRYTERIUM	WAGA		Właściwe zaznaczyć krzyżykiem
Imię i Nazwisko			
Numer prawa wykonywania zawodu			
Specjalizacja	3	pkt	
W trakcie specjalizacji	1	pkt	
Imiona rodziców, nazwisko rodowe i data urodzenia ¹			
Adres e-mail			
Udokumentowane doświadczenie zawodowe w wykonywaniu monitoringu śródoperacyjnego /DBS	5	pkt	

WYKAZ OSÓB UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ I ICH KWALIFIKACJE ZAWODOWE – dot. pielęgniarki zapewnionej przez Przyjmującego zamówienie (proszę uzupełnić każde pole)			
KRYTERIUM	WAGA		Właściwe zaznaczyć krzyżykiem
Imię i Nazwisko			
Numer prawa wykonywania zawodu			
Specjalizacja	3	pkt	
Imiona rodziców, nazwisko rodowe i data urodzenia ¹			
Adres e-mail			

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

FORMULARZ OFERTOWY 1
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.
- usługi lekarza -
Pracownia Neurofizjologii przy Szpitalu im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku

Udokumentowane doświadczenie zawodowe w wykonywaniu monitoringu śródoperacyjnego /DBS	5	pkt	
---	---	-----	--

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć, podpis)

**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. 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)