

FORMULARZ OFERTOWY 1
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.
- usługi lekarza –
Szpital Tymczasowy AMBER w Gdańsku

Gdańsk, dnia2020r.

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	
Adres e-mail	

2. Opis kompetencji (oceniane)

KRYTERIUM	WAGA		Właściwe zaznaczyć krzyżykiem
1. STOPIEŃ SPECJALIZACJI			
Specjalista	3	pkt	
II° specjalizacji	3	pkt	
I° specjalizacji	2	pkt	
W trakcie specjalizacji	1	pkt	
KRYTERIUM	WAGA		
2. DEKLAROWANY MINIMALNY MIESIĘCZNY CZAS UDZIELANIA ŚWIDCZEŃ (dyżurów lekarskich)			
160h i powyżej	1	pkt	
poniżej 160h	0	pkt	
KRYTERIUM	WAGA		
3. KRYTERIUM CENY			
Maksymalna ilość punktów*	4	pkt	

OBJAŚNIENIA dot. tabeli z pkt. 3 formularza

FORMULARZ OFERTOWY 1
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Lecznicy Sp. z o.o.
- usługi lekarza –
Szpital Tymczasowy AMBER 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

*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

3. Oferta cenowa:

Zadanie	Miara	Cena 1 godziny / ryczałt	Liczba godzin miesięcznie
Świadczenie usług medycznych (dyżury lekarskie)	Stawka*		
Kierowanie oddziałem	Kwota ryczałtu miesięcznego		

* kwota zawiera dodatek 100%, przysługujący osobom wykonującym zawód medyczny uczestniczącym w udzielaniu świadczeń zdrowotnych i mającym bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 zgodnie z poleceniami Ministra Zdrowia oraz wszelkie dodatki/świadczenia/zwiększenia wynagrodzenia etc. związane z uczestnictwem w udzielaniu świadczeń zdrowotnych i z bezpośrednim kontaktem z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2

4. Inne informacje mogące mieć znaczenie przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych

5. Pisemna opinia dot. pracy lub świadczenia usług u obecnego / dotychczasowego pracodawcy lub udzielającego zamówienia – załącznik.

6. **Oświadczenie Oferenta zgodne ze wzorem stanowiącym Załącznik nr 1 do niniejszego Formularza Ofertowego**

7. Dokumenty, które należy dostarczyć Udzielającemu zamówienia:

1. Prawo Wykonywania Zawodu bez ograniczeń,
2. dokumenty potwierdzające uzyskane kwalifikacje (dyplom specjalizacji, certyfikaty, zaświadczenia ukończenia kursów specjalizacyjnych, kwalifikacyjnych oraz inne dokumenty potwierdzające uzyskane kompetencje),
3. kopie dokumentów rejestracyjnych:
 - wpis do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą zgodnie z Ustawą o Działalności Leczniczej.
 - zaświadczenie o dokonaniu wpisu do ewidencji działalności gospodarczej,

FORMULARZ OFERTOWY 1
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.
- usługi lekarza –
Szpital Tymczasowy AMBER w Gdańsku

4. 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,
5. kopię zaświadczenia o braku przeciwwskazań do udzielania świadczeń zdrowotnych wydane przez lekarza medycyny pracy,
6. oryginał pełnomocnictwa w przypadku, o którym mowa w § 6 *Regulaminu przeprowadzania konkursu ofert o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne*,
7. zaświadczenie o odbyciu kursu ochrony radiologicznej (dot. specjalistów Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu).

Dokumenty, o których mowa wyżej, Oferent jest zobowiązany dostarczyć Udzielającemu zamówienia wraz z ofertą lub osobno, najpóźniej do dnia poprzedzającego dzień rozstrzygnięcia konkursu. W przypadku, gdy dokumenty te zostały już wcześniej dostarczone COPERNICUS PL Sp. z o.o. i są aktualne, wystarczające jest złożenie przez Oferenta oświadczenia w tym przedmiocie.

.....
Podpis Oferenta

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

Szpital Tymczasowy AMBER w Gdańsku

Załącznik nr 1 do Formularza ofertowego

Dane Oferenta:

Nazwa: _____

adres: _____

nr telefonu: _____

Oświadczenie Oferenta

Oświadczam, że jako Oferent:

- 1) Zapoznałam/-em się z treścią Ogłoszenia konkursu ofert z dniar.
- 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 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, które potwierdzam stosownymi dokumentami załączonymi do niniejszej oferty albo które przedstawię Udzielającemu zamówienia najpóźniej do dnia poprzedzającego dzień rozstrzygnięcia konkursu.
- 4) Posiadam ubezpieczenie o odpowiedzialności cywilnej /zawrę umowę o odpowiedzialności cywilnej i dostarczę kopię polisy najpóźniej w dniu podpisania umowy.
- 5) Posiadam wpis do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą zgodnie z Ustawą z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (*jeśli dotyczy).
- 6) Nie mam przeciwwskazań zdrowotnych do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z umową.
- 7) Dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym, a załączone kserokopie dokumentów wykonane zostały z oryginału dokumentu i zawarte w nich dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
- 8) 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,
- 9) Samodzielnie rozliczam się z urzędem skarbowym.
- 10) Zgłosiłem /łam swoją działalność gospodarczą w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych celem rozliczenia z tytułu ubezpieczenia społecznego oraz ubezpieczenia zdrowotnego.
- 11) **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 umowy cywilnoprawnej (zlecenie), oświadczam, że przed podpisaniem umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne złożę w COPERNICUS PL sp. z o.o. wniosek o rozwiązanie łączącej mnie z COPERNICUS PL sp. z o.o. umowy za porozumieniem stron lub wniosek o udzielenie urlopu bezpłatnego (w ramach umowy o pracę). Uzyskanie zgody na urlop bezpłatny lub rozwiązanie umowy jest warunkiem niezbędnym do podpisania umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w Szpitalu Tymczasowym.**
- 12) Oświadczam, że nie byłem/-am karany/-a za przewinienia/przestępstwa umyślne.
- 13) Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez spółkę COPERNICUS Podmiot Lecznicy 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).
Przyjmuję do wiadomości, że przysługuje mi prawo wglądu do treści moich danych oraz ich poprawiania.

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęćka, podpis)

**niepotrzebne skreślić*

FORMULARZ OFERTOWY 1
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Lecznicy Sp. z o.o.
- usługi lekarza –
Szpital Tymczasowy AMBER 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 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 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)

.....
(pieczęćka, podpis Oferenta)