**Załącznik nr 1**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Z KRYTERIAMI OCENY PUNKTOWEJ**

(Warunki lokalowe, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny oraz środki transportu i łączności zapewnia Udzielający zamówienia)

**DANE OFERENTA:**

Imię i Nazwisko:…………………….……………………………….……………………………..

Nazwa, siedziba i adres prowadzenia działalności gospodarczej (zgodnie z CEIDG):

…………………………………………………………………………………….……………………

…………………………………………………………………………………….……………………

Telefon: ……………………….……… e-mail : …………………………………………………….…

NIP: ………………………………………….. REGON: ………………….…………………………

Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych pielęgniarki w lokalizacji przy ul. Wójta Radtkego 1, Gdynia - Szpital Św. Wincentego a Paulo w zakresie (\*właściwe zaznaczyć krzyżykiem – można wskazać więcej niż jeden zakres):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Zakres, na który jest składana oferta** | **Wskazanie Oferenta** | **Proponowane wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę świadczenia usług** | **Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale**  **min – max** |
| **1.** | **2.** | **3.** | **4.** | **5.** |
| 1. | III.1. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii – część Intensywna Terapia |  |  |  |
| 2. | III.2. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii – część Anestezjologia |  |  |  |
| 3. | III.3. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę w Oddziale Chirurgicznym Ogólnym |  |  |  |
| 4. | III.4. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej |  |  |  |
| 5. | III.5. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę w Oddziale Neurologicznym i Oddziale Udarowym |  |  |  |
| 6. | III.6. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę w Oddziale Urologicznym |  |  |  |
| 7. | III.7. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę w Oddziale Pediatrycznym |  |  |  |
| 8. | III.8. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę w Oddziale Kardiologicznym. |  |  |  |
| 9. | III.9. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę w Oddziale Otorynolaryngologicznym |  |  |  |
| 10. | III.10. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę na Bloku Operacyjnym |  |  |  |
| 11. | III.11. Świadczenie usług medycznych w ramach kontraktu pielęgniarskiego przez pielęgniarkę w Pracowni TK (Tomokomputer) |  |  |  |
| 12. | III.12. Świadczenie usług medycznych w ramach kontraktu pielęgniarskiego przez pielęgniarkę w Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej |  |  |  |

Uwaga:

1. W kolumnie nr 4 należy podać proponowane wynagrodzenie za jedną godzinę świadczenia usług bez względu na porę ich świadczenia oraz dzień – zwykły czy świąteczny.
2. Wynagrodzenie należy podać w złotych polskich cyfrowo.
3. Ceną oferty jest stawka za 1 godzinę świadczenia usługi.
4. Uwaga: wynagrodzenie nie obejmuje dodatku dla pielęgniarek, tj. wzrostu wynagrodzenia wynikającego z przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 roku zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 12 września 2017 roku (Dz.U. z 2015 r. poz 1628) zgodnie z treścią odpowiednich Porozumień płacowych (tzw. „zębalowe”).

**Oświadczam, że:**

1. Zapoznałam/-em się z treścią Ogłoszenia konkursu ofert, SWKO oraz projektem umowy, akceptuje ich treść oraz – nie wnoszę zastrzeżeń / wnoszę zastrzeżenia do umowy – wykaz w załączeniu\*.
2. Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia, wymagane Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, w tym Prawo Wykonywania Zawodu bez ograniczeń (jeśli dotyczy), które potwierdzam stosownymi dokumentami załączonymi do niniejszej oferty (kserokopie) oraz wpis do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (zaświadczenie/wyciąg/wydruk z systemu z aktualnej księgi rejestrowej) - (jeśli dotyczy).
3. Posiadam uprawnienia do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymogami ustawowymi, niezbędną wiedzę i doświadczenie, dysponuję osobą zdolną do wykonania zamówienia oraz pozostaję w sytuacji zapewniającej należyte wykonanie zamówienia.
4. Załączone kserokopie dokumentów wykonane zostały z oryginału dokumentu, a zawarte w nich dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
5. Dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień składania oferty.
6. Zobowiązuję się do pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach wyznaczonych przez Udzielającego zamówienia.
7. Posiadam ubezpieczenie o odpowiedzialności cywilnej /zawrę umowę o odpowiedzialności cywilnej i dostarczę kopię polisy najpóźniej w terminie podpisania umowy\*\*.
8. Samodzielnie rozliczam się z urzędem skarbowym i ZUS-em.
9. Zgłosiłam/-łem swoją działalność gospodarczą w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych celem rozliczenia z tytułu ubezpieczenia społecznego oraz ubezpieczenia zdrowotnego.
10. Zobowiązuję się do dostarczenia w dniu zawarcia umowy kserokopii dokumentu potwierdzającego ukończenie kurs BHP oraz stosownych zaświadczeń lekarskich.
11. Oświadczam, że nie byłam/-em karana/-y za przewinienia/przestępstwa umyślne.
12. Oświadczam, że w spółce Szpitale Pomorskie sp. z o.o. w Gdyni 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 wniosek o rozwiązanie łączącej mnie ze Spółką Szpitale Pomorskie w Gdyni umowy za porozumieniem stron.
13. Przyjmuję do wiadomości, że Udzielający zamówienia dopuszcza zwiększenie zakresu i wartości umowy o 25% na podstawie aneksu do umowy w sytuacjach wynikających z zapotrzebowania Udzielającego zamówienia.

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………… | .………………………….. |
| Miejscowość, data | Podpis oferenta / upoważnionego przedstawiciela\*\*\*- wraz z pieczątką |

\*\*) niepotrzebne skreślić

\*\*\*Przedstawiciel Oferenta załącza stosowne pełnomocnictwo w oryginale, uwierzytelnione przez notariusza lub przez mocodawcę

Zobowiązuję się do nie podwyższania ceny za realizację świadczeń przez okres trwania umowy.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **KRYTERIA OCENY PUNKTOWEJ OFERTY – ZAKRES PIELĘGNIARSKI** | | | |
| **KRYTERIUM** | **WAGA** | | **Właściwe zaznaczyć krzyżykiem** |
| **1. KWALIFIKACJE ZAWODOWE\*** | | | |
| **1.1. TYTUŁ SPECJALISTY W DZIEDZINIE: (**\*Punktowane są tylko te kwalifikacje, które mają zastosowanie przy udzielaniu świadczeń określonego zakresu) | | | |
| Pielęgniarstwo Anestezjologiczne i Intensywnej Opieki  (Zakres III.1, III.2., III.5., III.8.) | 3 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Chirurgiczne  (Zakres III.3., III.4., III.6.) | 3 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Geriatryczne  (Zakres III.5.) | 3 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Internistyczne  (Zakres III.5., III.8.) | 3 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Operacyjne  (Zakres III.10.) | 3 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Pediatryczne  (Zakres III.7.) | 3 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Ratunkowe  (Wszystkie zakresy ) | 3 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Epidemiologiczne  (Wszystkie zakresy ) | 3 | pkt |  |
| **KRYTERIUM** | **WAGA** |  | **Właściwe zaznaczyć krzyżykiem** |
| **1.2. KURSY KWALIFIKACYJNE W DZIEDZINIE: (**\*Punktowane są tylko te kwalifikacje, które mają zastosowanie przy udzielaniu świadczeń określonego rodzaju.) | | | |
| **KRYTERIUM** | **WAGA** |  | **WŁAŚCIWE ZAZNACZYĆ KRZYZYKIEM** |
| Pielęgniarstwo Anestezjologiczne i Intensywnej Opieki  (Zakres III.1, III.2., III.5., III.8.) | 1 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Chirurgiczne  (Zakres III.3., III.4., III.6.) | 1 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Geriatryczne  (Zakres III.5.) | 1 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Internistyczne  (Zakres III.5, III.8.) | 1 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Kardiologiczne  (Zakres III.8.) | 1 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Neurologiczne  (Zakres III.5.) | 1 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Operacyjne  (Zakres III.10.) | 1 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Pediatryczne  (Zakres III.7.) | 1 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Ratunkowe  (Wszystkie zakresy ) | 1 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Epidemiologiczne  (Wszystkie zakresy ) | 1 | pkt |  |

**\* CZ. 1 FORMULARZA** - Punkty uzyskane w części 1 (kwalifikacje zawodowe) sumują się – kwalifikacje należy potwierdzić załączeniem kserokopii stosownego dokumentu. Nie sumują się punkty za specjalizację i kurs z tej samej dziedziny.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **KRYTERIUM** | **WAGA** | | **Właściwe zaznaczyć krzyżykiem** |
| **2. DYSPOZYCYJNOŚĆ** | | | |
| **2.1. DEKLAROWANA minimalna LICZBA GODZIN ŚWIADCZENIA USŁUG W MIESIĄCU:)** | | | |
| Do 160 | - | pkt |  |
| 161-200 | 1 | pkt |  |
| 201-240 | 2 | pkt |  |
| Powyżej 240 | 3 | pkt |  |

**Uwaga! Deklarowana minimalna liczba godzin winna być zgodna z oferowaną liczbą godzin świadczenia usług wskazaną w formularzu ofertowo-cenowym pod rygorem uznania jako wiążącej niższej wartości.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | **KRYTERIUM - DOŚWIADCZENIE** | **WAGA** | | | **3. DOTYCHCZASOWE, NIENAGANNE ŚWIADCZENIE PRACY LUB USŁUG W ZAWODZIE PIELĘGNIARKI potwierdzone opinią bezpośredniego przełożonego** | | | | do 2 lat | 0 | pkt | | powyżej 2 do 8 lat | 1 | pkt | | powyżej 8 lat | 2 | pkt | | \*\* Do obliczeń stosuje się każdy pełny rok kalendarzowy pracy. Punkty z kolejnych lat nie sumują się. | | | | |
| *RAZEM LICZBA PUNKTÓW: ..........................* |  |
|  | ( data i podpis Oferenta (pieczątka) / upoważnionego przedstawiciela Oferenta) |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | |
|  | |

**OŚWIADCZENIE**

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez spółkę Szpitale Pomorskie Sp. z o.o., ul. Powstania Styczniowego 1, 81-519 Gdynia, dla potrzeb niezbędnych do realizacji świadczeń medycznych określonych w ofercie/umowie, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. z 2016r., poz. 922). Przyjmuję do wiadomości, że przysługuje mi prawo wglądu do treści moich danych oraz ich poprawiania.*

…………..................................................

(data, podpis Oferenta/upoważnionego przedstawiciela Oferenta\*\*\* )

\*\*\*Przedstawiciel Oferenta załącza stosowne pełnomocnictwo w oryginale lub uwierzytelnione przez notariusza lub przez mocodawcę