Konkurs nr 23/2018/W **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 lekarza w lokalizacji Szpitala Specjalistycznego im. F. Ceynowy w Wejherowie przy ul. A. Jagalskiego 10 w zakresie (\*właściwe zaznaczyć krzyżykiem – można wskazać wyłącznie jeden zakres):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Zakres, na który jest składana oferta** | **Wskazanie Oferenta** | **Proponowane wynagrodzenie** | | | | | | | | | | | | | | | | **Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale**  **od min-do max**  **w ramach normalnej ordynacji**  **miesięcznie** |
| **1.** | **2.** | **3.** | **4.** | | | | | | | | | | | | | | | | **5.** |
| 1 | III.1. Świadczenie usług medycznych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii – ordynacja i dyżury, w tym premedykacje, znieczulenia do zabiegów komercyjnych, zakładanie portów naczyniowych oraz praca w zespole leczenia żywieniowego |  | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę świadczenia usług - ordynacja | | | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru  od pn-pt | | | | | | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru  sb-niedz.i święta | | | | | | |  |
|  | | |  | | | | | |  | | | | | | |
| Wynagrodzenie za 1 premedykację | | Wynagrodzenie za 1 znieczulenie do zabiegu komercyjnego | | | | | | | Wynagrodzenie za założenie 1 portu naczyniowego | | | | | | |
|  | | Okulistyka | | | Otolaryngologia | | | |  | | | | | | |
|  | | |  | | | |
| Ryczałtowe wynagrodzenie miesięczne za pracę w zespole żywieniowym | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | III.2. Świadczenie usług medycznych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii wraz z kierowaniem pracą lekarzy Oddziału, w tym wykonywanie znieczuleń do zabiegów komercyjnych |  | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę świadczenia usług – ordynacja i kierowanie | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru  od pn-pt | | | | | | | | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru  sb-niedz.i święta | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | |  | | | | |
| Wynagrodzenie za 1znieczulenie do zabiegu komercyjnego | | | | | | | | | | | | | | | |
| Okulistyka | | | | | | Laryngologia | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 3. | III.3. Świadczenie usług medycznych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii wraz z zastępstwem kierującego pracą lekarzy Oddziału oraz wykonywania czynności przewodniczącego Zespołu Terapeutycznego. |  | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę świadczenia usług - ordynacja | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru  od pn-pt | | | | | | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru  sb-niedz.i święta | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | |  | | | | | | | | |
| Wynagrodzenie - miesięczny dodatek kwotowy za zastępstwo | Wynagrodzenie - miesięczny dodatek kwotowy za Komitet Terapeutyczny | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. | III.4. Świadczenie usług medycznych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Kardiologii i Angiologii Interwencyjnej z pracownią hemodynamiczną – ordynacja i dyżury.  **.** |  | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę świadczenia usług – ordynacja | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru  od pn-pt | | | | | | | | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru  sb-niedz.i święta | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | |  | | | | | | |
| 5. | III.5. Świadczenie usług medycznych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Kardiologii i Angiologii Interwencyjnej z pracownią hemodynamiczną – ordynacja i dyżury wraz z zastępstwem lekarza kierującego Oddziałem |  | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę świadczenia usług – ordynacja | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru  od pn-pt | | | | | | | | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru sb-niedz.i święta | | | | | Wynagrodzenie - miesięczny dodatek kwotowy za zastępstwo | |  |
|  |  | | | | | | | |  | | | | |  | |
| 6. | III.6. Świadczenie usług medycznych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Kardiologii i Angiologii Interwencyjnej z pracownią hemoodynamiczną – ordynacja i dyżury wraz z opisem i odczytem EKG |  | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę świadczenia usług - ordynacja | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru  od pn-pt | | | | | | | | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru  sb-niedz.i święta | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | |  | | | | | | |
| Wynagrodzenie - stawka za 1 odczyt z opisem badania EKG | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. | III.7. Świadczenie usług medycznych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Kardiologii i Angiologii Interwencyjnej z pracownią hemodynamiczną – wraz z kierowaniem pracą lekarzy Oddziału |  | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę świadczenia usług – ordynacja i kierowanie | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru  od pn-pt | | | | | | | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru  sb-niedz.i święta | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | |  | | | | | | | |
| 8. | III.8. Świadczenie usług medycznych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Otolaryngologii – ordynacja, dyżury i dyżury pod telefonem, w tym wykonywanie zabiegów komercyjnych zgodnych ze specyfiką Oddziału; świadczenie usług w Poradni Otolaryngologicznej |  | Proponowane wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę świadczenia usług – ordynacja | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru  od pn-pt | | | | | | | | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru  sb-niedz.i święta | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | |  | | | | | | |
| Wynagrodzenie za 1 godz. dyżuru pod telefonem | Wynagrodzenie za 1 godzinę usług na wezwanie w ramach przyjazdu w ramach dyżuru pod telefonem | | | | | | | | Wynagrodzenie za zabiegi komercyjne: | | | | | | |
| Adenotomia | | | | | | Adenotonsilektomia |  |
|  |  | | | | | | | | Cena operatora | | | | | | Cena operatora |
|  | | | | | |  |
| Cena lekarz kwalifikujący | | | | | | Cena lekarz kwalifikujący |
|  | | | | | |  |
| Wynagrodzenie za wykonywanie świadczeń w Poradni Otolaryngologicznej zgodnych z katalogiem NFZ  należy podać % wartości świadczenia od wyceny NFZ  (Udzielający Zamówienia wypłaci tę wartość pomniejszoną o koszty diagnostyki) | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. | III.9. Świadczenie usług medycznych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Otolaryngologii – ordynacja, dyżury, dyżury pod telefonem wraz z kierowaniem pracą lekarzy Oddziału, zarządzanie Oddziałem Otolaryngologii i Poradnią Laryngologiczną, w tym wykonywaniem zabiegów komercyjnych zgodnych ze specyfiką Oddziału. |  | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę świadczenia usług – ordynacja i kierowanie | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru  od pn-pt | | | | | | | | | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru  sb-niedz.i święta | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | |  | | | | | |
| Proponowane wynagrodzenie za 1 godz. dyżuru pod telefonem | Proponowane wynagrodzenie za 1 godzinę przyjazdu w ramach dyżuru pod telefonem | | | | | | | | | Proponowane wynagrodzenie za zabiegi komercyjne | | | | | |
| Adenotomia | | | Adenotonsilektomia | | |
|  |  | | | | | | | | | Cena operatora | | | Cena operatora | | |
|  | | |  | | |
| Cena lekarz kwalifikujący | | | Cena lekarz kwalifikujący | | |
|  | | |  | | |
| 10. | III.10. Świadczenie usług medycznych w ramach kontraktu lekarskiego w Poradni Onkologicznej |  | Wynagrodzenie - stawka za 1 poradę\* | | | | Wynagrodzenie - stawka za 1 konsultację  wykonywaną na zlecenie innej komórki\* | | | | | | | | Wynagrodzenie - stawka za 1 poradę związaną z chemioterapią\* | | | |  |
|  | | | |  | | | | | | | |  | | | |
| 11. | III.11. Świadczenie usług medycznych w ramach kontraktu lekarskiego w Poradni Onkologicznej wraz z kierowaniem pracą lekarzy Poradni |  | Wynagrodzenie - stawka za 1 poradę\* | | | | Wynagrodzenie - stawka za 1 konsultację wykonywaną na zlecenie innej komórki\* | | | | | | | | Wynagrodzenie - stawka za 1 poradę związaną z chemioterapią\* | | | |  |
|  | | | |  | | | | | | | |  | | | |
| Wynagrodzenie:  **miesięczny** dodatek kwotowy za kierowanie pracą lekarzy Poradni | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12. | III.12. Świadczenie usług medycznych w ramach kontraktu lekarskiego – konsultacje z zakresu onkologii |  | Wynagrodzenie - stawka za 1 konsultację\* | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |

\*Wynagrodzenie dotyczy świadczenia prawidłowo sprawozdanego i rozliczonego do NFZ

Uwaga:

1. Ceną oferty dla zakresu III.1. - III.9. jest suma poszczególnych cen ofertowych.
2. Ceną oferty dla zakresu III.10. jest suma: stawka za 1 poradę plus stawka za 1 konsultację plus stawka za 1 poradę związaną z chemioterapią
3. Ceną oferty dla zakresu III.11, jest suma: stawka za 1 poradę plus stawka za 1 konsultację plus stawka za 1 poradę związaną z chemioterapią
4. Ceną oferty dla zakresu III.12. jest suma: stawka za 1 konsultację

**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, w tym rozszerzenia rodzaju świadczeń komercyjnych lub finansowanych ze środków publicznych, a nie objętych niniejszym konkursem.
14. Zobowiązuję się do nie podwyższania ceny za realizację świadczeń przez okres trwania umowy.

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

\*\*) niepotrzebne skreślić

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **KRYTERIA OCENY PUNKTOWEJ OFERTY – ZAKRES LEKARSKI** | | |
| **KRYTERIUM - KWALIFIKACJE** | **WAGA** | **Właściwe zaznaczyć krzyżykiem** |
| **1. KWALIFIKACJE ZAWODOWE\*** | | |
| **1.1. TYTUŁ NAUKOWY / STOPIEŃ NAUKOWY W DZIEDZINIE MEDYCYNY:** | | |
| PROFESOR | 5 pkt |  |
| DOKTOR HABILITOWANY N. MED. | 4 pkt |  |
| DOKTOR N. MED. | 3 pkt |  |
|  | | |
| **1.2. POSIADANE SPECJALIZACJE (INNE NIŻ WYMAGANA DLA PROFILU ODDZIAŁU/KOMÓRKI, NA KTÓRĄ SKŁADANA JEST OFERTA), należy wpisać, jeśli Oferent posiada** | | |
|  | 3 pkt |  |
|  | 3 pkt |  |
|  | 3 pkt |  |
|  | 3 pkt |  |

**\* CZ. 1 FORMULARZA** - Punkty uzyskane w części 1 (kwalifikacje zawodowe) sumują się – kwalifikacje należy potwierdzić załączeniem kserokopii stosownego dokumentu.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **KRYTERIUM - DOŚWIADCZENIE** | **WAGA** | **Właściwe zaznaczyć krzyżykiem** | |
| **2. DOTYCHCZASOWE, NIENAGANNE ŚWIADCZENIE PRACY LUB USŁUG W ZAWODZIE LEKARZA w latach\*\* – potwierdzone opinią bezpośredniego przełożonego jako warunek konieczny uwzględnienia oceny.** | | | |
| brak | 0 pkt | |  |
| do 2 lat | 1 pkt | |  |
| powyżej 2 do 4 lat | 2 pkt | |  |
| powyżej 4 lat do 8 lat | 3 pkt | |  |
| powyżej 8 | 5 pkt | |  |
| \*\* Do obliczeń stosuje się każdy pełny rok kalendarzowy pracy. Punkty z kolejnych lat nie sumują się. | | | |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | **KRYTERIUM - DYSPOZYCYJNOŚĆ** | **WAGA** | **Właściwe zaznaczyć krzyżykiem** | | **3. DYSPOZYCYJNOŚĆ** | | | | **3.1. DEKLAROWANA minimalna LICZBA GODZIN ŚWIADCZENIA USŁUG W MIESIĄCU w RAMACH NORMALNEJ ORDYNACJI:)** | | | | Do 128 | 0 pkt |  | | 129-140 | 1 pkt |  | | 141-160 | 3 pkt |  | | Powyżej 160 | 5 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.** | | | |
| *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