**Konkurs nr 32/2018 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/położnej w lokalizacji przy ul. Powstania Styczniowego 1, Gdynia - Szpital Morski im. PCK 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 - pododdział Anestezjologii |  |  |  |
| 3. | III.3. Świadczenie usług medycznych przez położną w Oddziale Ginekologii Onkologicznej |  |  |  |
| 4. | III.4. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę w Oddziale Nefrologicznym |  |  |  |
| 5. | III.5. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę/położną w Oddziale Neonatologicznym i Intensywnej Terapii Noworodka |  |  |  |
| 6. | III.6. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę w Izbie Przyjęć Ogólnej |  |  |  |
| 7. | III.7. Świadczenie usług medycznych przez położną w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym |  |  |  |
| 8. | III.8. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę w Oddziale Pulmonologicznym |  |  |  |
| 9. | III.9. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę w Oddziale Onkologii i Radioterapii – Onkologia Kliniczna leczenie „jednego dnia” |  |  |  |
| 10. | III.10. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę w Oddziale Chorób Wewnętrznych i Leczenia Schorzeń Endokrynologicznych |  |  |  |
| 11. | III.11. Świadczenie usług medycznych przez położną w Poradni Chirurgii Onkologicznej |  |  |  |
| 12. | III.12. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę w Oddziale Chirurgii Onkologicznej  |  |  |  |
| 13.  | III.13. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę w Oddziale Okulistycznym |  |  |  |

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. 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, akceptuję 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. świadczę pracę/nie świadczę pracy\*\*) na podstawie stosunku pracy w zakresie tożsamym z przedmiotem konkursu. W przypadku pozostawania w zatrudnieniu na podstawie stosunku pracy w zakresie pokrywającym się z przedmiotem konkursu, oświadczam, że z chwilą podpisania umowy o świadczenie usług zdrowotnych złożę w wniosek
o rozwiązanie łączącej mnie ze Spółką Szpitale Pomorskie Sp. z o.o. umowy za porozumieniem stron.
13. Zobowiązuję się do nie podwyższania ceny za realizację świadczeń przez okres trwania umowy.
14. 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

|  |
| --- |
| **KRYTERIA OCENY PUNKTOWEJ OFERTY – ZAKRES PIELĘGNIARSKI/POŁOŻNEJ** |
| **KRYTERIUM** | **WAGA** | **Właściwe zaznaczyć krzyżykiem** |
| **1. KWALIFIKACJE ZAWODOWE\*** |
| * 1. **TYTUŁ SPECJALISTY W DZIEDZINIE: (**\*Punktowane są tylko te kwalifikacje, które mają zastosowanie przy udzielaniu świadczeń określonego zakresu)
 |
| **KRYTERIUM** | **WAGA** | **Właściwe zaznaczyć krzyżykiem** |
| Pielęgniarstwo Anestezjologiczne i Intensywnej Opieki (Zakresy: III.1,III.2, III.5, III.6, III.8 ,III.10) |  3  | pkt |   |
| Pielęgniarstwo Geriatryczne (Zakresy: III.8, III.10) | 3 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Internistyczne(Zakresy: III.4, III.6, III.8, III.10) | 3 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Onkologiczne(Zakresy: III.6, III.8, III.10, III.11, III.12) | 3 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Opieki Paliatywnej(Zakresy: III.8, III.10, III.11, III.12) | 3 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Pediatryczne(Zakresy: III.5, III.6) | 3 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Epidemiologiczne(Zakresy:III.3, III.4, III.7, III.9, III.10, III.11, III.12) | 3 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Neonatologiczne(Zakres III.5) | 3 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Ginekologiczno-Położnicze(Zakresy: III.3, III.5, III.7, III.11) | 3 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Chirurgiczne(Zakres III.6) | 3 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Ratunkowe (Zakres III.6) | 3 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Operacyjne(Zakres III.13) | 3 | pkt |  |
| **1.2. KURSY KWALIFIKACYJNE W DZIEDZINIE: (**\*Punktowane są tylko te kwalifikacje, które mają zastosowanie przy udzielaniu świadczeń określonego rodzaju.) |
| **KRYTERIUM** | **WAGA** | **Właściwe zaznaczyć krzyżykiem** |
| Pielęgniarstwo Anestezjologiczne i Intensywnej Opieki (Zakresy: III.1,III.2, III.5, III.6, III.8 ,III.10)  | 1 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Diabetologiczne(Zakresy: III.8, III.10) | 1 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Geriatryczne(Zakresy: III.8, III.10) | 1 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Internistyczne(Zakresy: III.8, III.10) | 1 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Nefrologiczne (Zakres III.4) | 1 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Neonatologiczne(Zakresy: III.5, III.6) | 1 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Kardiologiczne (Zakres III.10) | 1 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Onkologiczne(Zakresy: III.8, III.9, III.10, III.12) | 1 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Opieki długoterminowej(Zakresy: III.8, III.9, III.10, III.12) | 1 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Operacyjne(Zakres III.7, III.13) | 1 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Opieki PaliatywnejZakresy: III.8, III.9, III.10, III.12) | 1 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Pediatryczne (Zakresy: III.5, III.6) | 1 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Rodzinne (Zakres III.6) | 1 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Epidemiologiczne(Zakresy: III.3, III.7, III.11, III.12) | 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 | 0 pkt |  |
| 161-200 | 1 pkt |   |
| 201-240 | 2 pkt |   |
| Powyżej 241 | 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** | **Właściwe zaznaczyć krzyżykiem** |
| **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) lub innymi obowiązującymi przepisami prawa. 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