Konkurs nr 56/2018/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 więcej niż 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/albo jeśli oferta składana jest wyłącznie na dyżury – w ramach oferowanej miesięcznej liczby godzin dyspozycyjności** |
| **1.** | **2.** | **3.** | **4.** | **5.** |
| 1 | III.1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej – 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 |  |
|  |  |  |
| 2.  | III.2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Poradni Onkologicznej |  | Wynagrodzenie za 1 biopsję gruboigłową pod kontrola USG - piersi  | Wynagrodzenie za 1 poradę onkologiczną, w tym DiLO rozliczna w JGP | Wynagrodzenie za 1 konsultację onkologiczną  | Wynagrodzenie za 1 procedurę chirurgiczną rozliczaną w JGP( % wartości porady wg JGP) |  |
|  |  |  | …..% |  |
| 3.  | III.3. Świadczenie usług medycznych w ramach kontraktu lekarskiego w Zakładzie Patologii ordynacja z pełnieniem zastępstwa lekarza kierującego Zakładem  |  | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę świadczenia usług –  | Wynagrodzenie ryczałtowe – stawka miesięczna za pełnienie zastępstwa  |  |
|  |  |
| **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/albo jeśli oferta składana jest wyłącznie na dyżury – w ramach oferowanej miesięcznej liczby godzin dyspozycyjności** |
| **1.** | **2.** | **3.** | **4.** | **5.** |
| 4. | III.4. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu z Pododdz. Chirurgii Ręki - ordynacja i dyżury oraz świadczenia w Poradni Urazowo-Ortopedycznej |  | 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 dla świadczeń udzielanych w poradni - % stawki określonej cennikiem Szpitala |  |
|  |  |  |   …..% |  |
| 5. | III.5. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym ordynacja i dyżury  |  | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę świadczenia usług – ordynacja i dyżury |  |
|  |
| 6. | III.6. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym  - dyżury. |  | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę świadczenia usług  |  |
|  |
| 7. | III.7 Świadczenie usług medycznych w ramach kontraktu lekarskiego w Pracowni Endoskopowej– ordynacja i wraz z kierowaniem Pracownią  |  | Wynagrodzenie - zgodnie z załącznikiem tabelarycznym nr 1 formularza ofertowego III.7 |  |
| 8. | III.8. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziałach Pediatrii i Neonatologii -konsultowanie z zakresie kardiologii dziecięcej i opisy EKG |  | Wynagrodzenie  ~~-~~ ryczałt miesięczny  |  |
|  |  |
| **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/albo jeśli oferta składana jest wyłącznie na dyżury – w ramach oferowanej miesięcznej liczby godzin dyspozycyjności** |
| **1.** | **2.** | **3.** | **4.** | **5.** |
| 9. | III.9. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Poradni Laryngologicznej |  | Wynagrodzenie - % wartości świadczeń rozliczonych z NFZ |  |
| …………….% |  |
| Wynagrodzenie dla świadczeń udzielanych w poradni - % stawki określonej cennikiem Szpitala |  |
| …………………% |  |
| 10. | III.10. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Położnictwa i Ginekologii – dyżury |  | Wynagrodzenie- stawka za 1 godzinę świadczenia usług |  |
|  |
| 11 | III.11. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Kardiologii i Angiologii Interwencyjnej – dyżury. |  | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę  |  |
|  |
| 12 | III.12 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Rehabilitacji Kardiologicznej – ordynacja wraz z kierowaniem pracą Oddziału |  | Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę świadczenia usług – ordynacja wraz z kierowaniem |  |
|  |  |
| 13 | III.13 Świadczenie usług medycznych w ramach kontraktu lekarskiego w Zespole Kontroli Zakażeń Szpitalnych wraz z kierowaniem pracami Zespołu (przewodniczący zespołu) |  | Wynagrodzenie - miesięczne - ryczałt |  |
|  |
| 14 | III.15. Świadczenie usług medycznych w ramach kontraktu lekarskiego w Zespole Kontroli Zakażeń Szpitalnych – udzielanie specjalistycznych konsultacji |  |  Wynagrodzenie - miesięczne - ryczałt |  |
|  |
| 15 | III.14. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w SOR – Zakład Diagnostyki Obrazowej - dyżury |  |  Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę świadczenia usług |  |
|  |

Załącznik nr 1 do Formularza ofertowo – cenowego III.7. Świadczenie usług medycznych w ramach kontraktu lekarskiego w Pracowni Endoskopowej wraz z kierowaniem – ordynacja i wraz z kierowaniem Pracownią

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **NAZWA** | **JEDNOSTKA****CENOWA**  | **WYNAGRODZENIE ZA 1 ŚWIADCZENIE WSKAZANE W KOLUMNIE 2** **WG JEDNOSTKI CENOWEJ Z KOLUMNY NR 3** |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| 1 | GASTROSKOPIA DIAGNOSTYCZNA | 1 badanie |  |
| 2 | GASTROSKOPIA wraz z procedurami dodatkowymi  | 1 badanie/procedura |  |
| 3 | KOLONOSKOPIA DIAGNOSTYCZNA | 1 badanie |  |
| 4 | KOLONOSKOPIA wraz z procedurami dodatkowymi | 1 badanie/procedura |  |
| 5 | PROCEDURY ZAAWANSOWANE ( w tym mukozektomia, polipektomia mnoga, itp.) | 1 badanie/procedura |  |
| 6 | REKTOSKOPIA | 1 badanie |  |
| 7 | KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE w Oddziałach szpitala | 1 konsultacja |  |
| 8 | DODATEK FUNKCYJNY KIEROWNIKA | 1 miesiąc pełnienia funkcji |  |
| 9 | ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE W ODDZIALE ( w przypadku braku możliwości realizacji świadczeń a Pracowni Endoskopii ) | 1 godzina |  |
| 10 | DYŻUR MEDYCZNY: | 1 godzina |  |

Uwaga:

1. Ceną oferty dla zakresu III.1. jest suma: stawka za 1 godzinę świadczenia usługi w ramach ordynacji plus stawka za 1 godzinę świadczenia usługi w ramach dyżuru zwykłego plus stawka za 1 godzinę świadczenia usługi w ramach dyżuru świątecznego.
2. Ceną oferty dla zakresu III.2. jest: stawka za poradę onkologiczną w tym DiLO, stawka za procedury zabiegowe ( chirurgiczne ), stawka za biopsję i stawka za konsultację
3. Ceną oferty dla zakresu III.3. jest: stawka za godzinę pracy pomnożona przez 160 h plus kwota miesięcznego ryczałtu za zastępstwo.
4. Ceną oferty dla zakresu III.4. jest: stawka za 1 godzinę świadczenia usługi w ramach ordynacji plus stawka za 1 godzinę świadczenia usługi w ramach dyżuru zwykłego plus stawka za 1 godzinę świadczenia usługi w ramach dyżuru świątecznego plus w stawka za poradę komercyjną.
5. Ceną oferty dla zakresu III.5, III.6., III.10., III.11, III.12 i III.15 jest stawka za 1 godzinę świadczenia usług
6. Ceną oferty dla zakresu III.7. jest: suma z załącznika nr 1 formularza ofertowo-cenowego III.7
7. Ceną oferty dla zakresu III.8. i III.13. i III.14. jest: stawka miesięcznego ryczałtu
8. Ceną oferty dla zakresu III.9. jest: % wartości wykonanego świadczenia wg wyceny NFZ ( JGP )

**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, GDY OFERTA ZAWIERA ORDYNACJĘ LUB W RAMACH POZOSTAŁYCH GODZIN DYSPOZYCYJNOŚCI, GDY OFERT NIE ZAWIERA 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**

W oparciu o art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (dalej: RODO) informujemy, że Administratorem Pani/Pana Danych Osobowych jest: Szpitale Pomorskie Spółka z o.o. z siedzibą w Gdyni, ul. Powstania Styczniowego 1, 81-519 Gdynia (dalej: Szpitale Pomorskie). W sprawach związanych z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych (jako osoby, której dane osobowe są przetwarzane) należy kontaktować się z Administratorem Danych Osobowych za pomocą adresu e-mail: b.swierczynska@ceynowahosp.com.pl lub drogą listu zwykłego na adres siedziby Szpitali Pomorskich: ul. Powstania Styczniowego 1, 81-519 Gdynia. Informujemy, że Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarza, do którego złożył/a Pan/Pani formularz ofertowy na podstawie art. 6 ust 1 pkt a), b) i c) oraz art. 9 ust. 2 pkt a), b), c) i h) RODO. Pani / Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres pięciu lat od daty zakończenia konkursu z uwagi na obowiązki prawne Administratora Danych Osobowych związane z przeprowadzeniem konkursu, a następnie udokumentowaniem prawidłowości wyboru ofert konkursowych. Podane przez Panią/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego (poza teren Europejskiego Obszaru Gospodarczego), natomiast będą udostępniane innym odbiorcom, w szczególności podmiotom uprawionym do kontroli działalności spółki Szpitale Pomorskie, w tym w zakresie prawidłowości konkursów przeprowadzanych zgodnie z przepisami ustawy o działalności leczniczej, organom samorządu lekarskiego, podmiotom świadczącym obsługę prawną spółki Szpitale Pomorskie oraz operatorom telekomunikacyjnym świadczącym usługi teleinformatyczne na rzecz Administratora Danych Osobowych. Informujemy, że przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych, jak również prawo do wniesienia sprzeciwu wobec dalszego przetwarzania, a w przypadku wyrażenia zgody na przetwarzanie danych do jej wycofania. Skorzystanie z prawa cofnięcia zgody nie ma wpływu na przetwarzanie, które miało miejsce do momentu wycofania zgody, a także nie skutkuje usunięciem danych w takim zakresie w jakim obowiązujące przepisy prawa zobowiązują Administratora Danych Osobowych do ich dalszego przetwarzania. Przysługuje Pani/Panu także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, w wypadku jeżeli uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednak jeżeli nie poda Pan/Pani danych osobowych i nie wyrazi zgody, nie będziemy mogli przeprowadzić postępowania konkursowego i dokonać jego rozstrzygnięcia z Pani/Pana udziałem. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania. Wycofanie zgody na przetwarzanie danych osobowych należy złożyć drogą poczty elektronicznej na adres mailowy b.swierczynska@ceynowa,com.pl lub drogą poczty tradycyjnej, w formie pisemnej na adres siedziby spółki Szpitale Pomorskie.

Ja, niżej podpisana/-y oświadczam, iż przed wyrażeniem poniższych zgód zapoznałam/-em się z umieszczoną powyżej Klauzulą Informacyjną i niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dostarczonych przeze mnie w formularzu ofertowym i jego załącznikach, przez spółkę Szpitale Pomorskie Spółka z o.o. z siedzibą w Gdyni, ul. Powstania Styczniowego 1, 81-519 Gdynia – Administratora Danych Osobowych, w celu:

1. wykorzystania podanych przeze mnie dobrowolnie danych osobowych w celu przeprowadzenia konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarza w spółce Szpitale Pomorskie, na jakie złożyłem/am ofertę konkursową zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych #.

TAK

 NIE

1. używania przez spółkę Szpitale Pomorskie telekomunikacyjnych urządzeń końcowych, których jestem użytkownikiem, dla celów przeprowadzenia konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarza w spółce Szpitale Pomorskie, w szczególności przeprowadzenia konkursu oraz prowadzenia negocjacji.

TAK

NIE

……………………………………

 (data, czytelny podpis)

# Niewyrażenie zgody wiąże się z niemożliwością wzięcia udziału w konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarza prowadzonym przez Administratora Danych Osobowych

Potwierdzam poprawność podanych powyżej moich danych osobowych i dobrowolność ich przekazania.

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

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

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