

Konkurs nr 58/2018

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 lekarza w lokalizacji przy ul. Smoluchowskiego 18 80-214 Gdańsk w zakresie:

L.p	Zakres, na który jest składana oferta	Wskazanie Oferenta	Proponowane wynagrodzenie			Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale od min-do max
1.	2.	3.	4.			5.
1.	Świadczenia zdrowotne ambulatoryjne w Poradni Chorób Zakaźnych dla dorosłych wraz z wykonywaniem świadczeń w ramach programów lekowych oraz w Poradni Hepatologicznej, a także pełnienie dyżurów w Izbie Przyjęć i oddziałach chorób zakaźnych dla dorosłych		Wynagrodzenie brutto – stawka za 1 wizytę obejmującą udzielenie świadczeń na rzecz 1 pacjenta AOS	Wynagrodzenie brutto – stawka za 1 wizytę obejmującą udzielenie świadczeń na rzecz 1 pacjenta AOS programy lekowe	Wynagrodzenie brutto – stawka za 1 godzinę pełnienia dyżuru	
2.	Świadczenia zdrowotne ambulatoryjne w Poradni Chorób Zakaźnych dla dorosłych wraz z wykonywaniem świadczeń w ramach programów lekowych oraz w Poradni Hepatologicznej		Wynagrodzenie brutto – stawka za 1 godzinę pełnienia świadczeń			
3.	Świadczenia zdrowotne w Pracowni USG wykonywanie i opis badań USG narządów jamy brzusznej, sutka, tarczycy, narządów miednicy mniejszej, węzłów chłonnych szyi		Wynagrodzenie brutto – stawka za 1 udzielenie świadczenia na rzecz 1 pacjenta w Pracowni USG (badanie i opis)			

Uwaga:

1. W kolumnach, gdzie wskazano, aby podać proponowane wynagrodzenie należy je wskazać dokładnie i zgodnie z opisem w tabeli.

Szpital Pomorskie Sp. z o.o.

ul. Powstania Styczniowego 1, 81-519 Gdynia | tel. + 48 58 72 60 119; fax +48 58 72 60 332

Sąd Rejonowy Gdańsk-Północ w Gdańsku, VIII Wydział Gospodarczy KRS 0000492201

| kapitał zakładowy: 162 881 500,00 zł

NIP 586 22 86 770 | REGON 190 14 16 12 | Bank PKO BP S.A. nr 68 1440 1084 0000 0000 0011 0148

e-mail: sekretariat@szpitalpomorskie.eu | szpitalpomorskie.eu

h

2. Dla zakresu nr 1 ceną oferty jest suma stawki za 1 wizytę w ramach AOS x 70 plus stawka za 1 wizytę AOS programu lekowe x 47 plus stawka za 1 godzinę dyżuru x 80.
3. Wynagrodzenie należy podać w złotych polskich cyfrowo.

Oświadczam, że:

- 1) Zapoznałam/-em się z treścią Ogłoszenia konkursu ofert, SWKO, akceptuję ich treść oraz – nie wnoszę zastrzeżeń / wnoszę zastrzeżenia do umowy – wykaz w załączeniu*.
- 2) Posiadam odpowiednio 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 lub umowy cywilnoprawnej w zakresie pokrywającym się z przedmiotem konkursu. W przypadku pozostawania w zatrudnieniu na podstawie stosunku pracy lub udzielania świadczeń w ramach umowy cywilnoprawnej 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) 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.
- 14) Zobowiązuję się do niepodwyższania ceny za realizację świadczeń przez okres trwania umowy.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis Oferenta / upoważnionego przedstawiciela***-
wraz z pieczęcią

**) niepotrzebne skreślić

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

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 Inspektorem Ochrony Danych za pomocą adresu e-mail:

Szpitala Pomorskie Sp. z o.o.

ul. Powstania Styczniowego 1, 81-519 Gdynia | tel. + 48 58 72 60 119; fax +48 58 72 60 332

Sąd Rejonowy Gdańsk-Północ w Gdańsku, VIII Wydział Gospodarczy KRS 0000492201

| kapitał zakładowy: 1 62 881 500,00 zł

NIP 586 22 86 770 | REGON 190 14 16 12 | Bank PKO BP S.A. nr 68 1440 1084 0000 0000 0011 0148

e-mail: sekretariat@szpitalepomorskie.eu | szpitalepomorskie.eu

iod@szpitalepomorskie.eu 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 uprawnionym 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 iod@szpitalepomorskie.eu 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

2. 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
Oferenta/upoważnionego przedstawiciela
Oferenta***)

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, czytelny podpis Oferenta/
upoważnionego przedstawiciela Oferenta***)

Szpital Pomorskie Sp. z o.o.

ul. Powstania Styczniowego 1, 81-519 Gdynia | tel. + 48 58 72 60 119; fax +48 58 72 60 332

Sąd Rejonowy Gdańsk-Północ w Gdańsku, VIII Wydział Gospodarczy KRS 0000492201

| kapitał zakładowy: 162 881 500,00 zł

NIP 586 22 86 770 | REGON 190 14 16 12 | Bank PKO BP S.A. nr 68 1440 1084 0000 0000 0011 0148

e-mail: sekretariat@szpitalepomorskie.eu | szpitalepomorskie.eu



KRYTERIA OCENY PUNKTOWEJ OFERTY – ZAKRES LEKARSK		
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. I FORMULARZA** - Punkty uzyskane w części I (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:)		
Do 120	5 pkt	
121-160	4 pkt	
161-180	3 pkt	
181-200	2 pkt	
Powyżej 201	1 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 (pieczętka) / upoważnionego przedstawiciela Oferenta)

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

