

Konkurs nr 73/2018

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	Wskaźnik Oferty	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 anestezjologiczną w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii – część Anestezjologiczna			
2.	III.2. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę anestezjologiczną w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii – część Intensywna Terapia			
3.	III.3. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę anestezjologiczną w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii – część Intensywna Terapia wraz z zarządzaniem		Proponowane wynagrodzenie - stawka ryczałtowa za miesiąc kalendarzowy zarządzania	
4.	III.4. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę w Oddziale Nefrologicznym wraz z koordynacją		Proponowane wynagrodzenie - stawka ryczałtowa za miesiąc kalendarzowy koordynacji	

5.	III.5. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę/położną w Oddziale Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka			
6.	III.6. Świadczenie usług medycznych przez położną w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym			
7.	III.7. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę w Oddziale Chirurgii Onkologicznej			
8.	III.8. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę w Oddziale Pulmonologicznym			
9.	III.9. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę w Oddziale Chorób Wewnętrznych i Leczenia Schorzeń Endokrynologicznych			
10.	III.10. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę w Izbie Przyjęć Internistycznej			
11.	III.11. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę w Izbie Przyjęć Ogólnej			
12.	III.12. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę w Oddziale Okulistycznym			
13.	III.13. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę w Oddziale Onkologii i Radioterapii-Dział Onkologia Kliniczna – Profil „Leczenia Jednego Dnia”			
14.	III.14. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę w Oddziale Onkologii i Radioterapii-Dział Radioterapii Onkologicznej			
15.	III.15. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę w Poradni Onkologicznej			
16.	III.16. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę w Poradni Chirurgii Onkologicznej			
17.	III.17. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę w Oddziale Nefrologii			
18.	18. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę operacyjną na Bloku Operacyjnym			
19.	III.19. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę w Oddziale Hematologii i Transplantologii Szpiku			

20.	III.20. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę w Poradni Okulistycznej			
21.	III.21. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę w Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej (opieka wyjazdowa) cena zawiera koszty dojazdu			
22.	III.21. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę w Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej (opieka stacjonarna)			

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 oraz dla zakresów: III.3 proponowane wynagrodzenie - stawka ryczałtowa za miesiąc kalendarzowy zarządzania, III.4 proponowane wynagrodzenie - stawka ryczałtowa za miesiąc kalendarzowy koordynacji.
2. Wynagrodzenie należy podać w złotych polskich cyfrowo.
3. Ceną oferty jest stawka za jedną godzinę świadczenia usług, a wyjątkiem zakresów: III.3 dla którego ceną jest suma proponowanego wynagrodzenia ryczałtowego za miesiąc zarządzania oraz iloczynu stawki godzinowej x 200h, a dla zakresu III.4 cena ofert jest suma proponowanego wynagrodzenia ryczałtowego za miesiąc koordynacji oraz iloczynu stawki godzinowej x 220h.
4. Uwaga: wynagrodzenie oferenta 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 ze zm.) zgodnie z treścią odpowiednich Porozumień płacowych (tzw. „zębאלowe”).

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

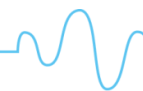
.....
Podpis Oferenta / upoważnionego
przedstawiciela***- wraz z pieczętą

***) niepotrzebne skreślić

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

KRYTERIA OCENY PUNKTOWEJ OFERTY – ZAKRES PIEŁĘGNIARSKI/POŁOŻNEJ			
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)			
KRYTERIUM	WAGA		Właściwe zaznaczyć krzyżykiem
Pielęgniarstwo Anestezjologiczne i Intensywnej Opieki (Zakresy: III.1, III.2, III.3, III.5, III.6, III.7, III.8, III.10, III.11)	3	pkt	
Pielęgniarstwo Nefrologiczne (Zakresy: III.4, III.17)	3	pkt	
Pielęgniarstwo Zachowawcze (Zakresy: III.4, III.8, III.17, III.19, III.20, III.21, III.22)	3	pkt	
Pielęgniarstwo Onkologiczne (Zakresy: III.7, III.8, III.9, III.13, III.14, III.15, III.16, III.19)	3	pkt	
Pielęgniarstwo Internistyczne (Zakresy: III.4, III.8, III.9, III.10, III.11, III.17, III.19, III.21, III.22)	3	pkt	
Pielęgniarstwo Pediatryczne (Zakresy: III.5, III.11, III.21, III.22)	3	pkt	
Pielęgniarstwo Neonatologiczne (Zakres: III.5)	3	pkt	
Pielęgniarstwo Położniczo-Ginekologiczne (Zakres: III.6)	3	pkt	

Pielęgniarstwo Chirurgiczne (Zakresy: III.7, III.11, III.12, III.16)	3	pkt	
Pielęgniarstwo Geriatryczne (Zakresy: III.8 III.9, III.12)	3	pkt	
Pielęgniarstwo Epidemiologiczne (Zakres: III.9)	3	pkt	
Pielęgniarstwo Ratunkowe (Zakresy: III.10 III.11, III.21, III.22)	3	pkt	
Pielęgniarstwo Operacyjne (Zakresy: III.12 III.18)	3	pkt	
Pielęgniarstwo Opieki Paliatywnej (Zakresy: III.13 III.14, III.15)	3	pkt	
Pielęgniarstwo Rodzinne (Zakresy: III.20 III.21, III.22)	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.3, III.5, III.6, III.8, III.9, III.10, III.11, III.19)	1	pkt	
Pielęgniarstwo Nefrologiczny z dializoterapią (Zakres: III.4)	1	pkt	
Pielęgniarstwo Internistyczne (Zakresy: III.4, III.8, III.9, III.10, III.11, III.19, III.21, III.22)	1	pkt	
Pielęgniarstwo Neonatologiczne (Zakres: III.5)	1	pkt	
Pielęgniarstwo Pediatryczne (Zakresy: III.5, III.11, III.21, III.22)	1	pkt	
Pielęgniarstwo Operacyjne (Zakresy: III. 6, III.12, III.16, III.18)	1	pkt	
Pielęgniarstwo Onkologiczne (Zakresy: III.7, III. 8, III.9, III.13, III.14, III.15, III.16)	1	pkt	
Pielęgniarstwo Chirurgiczne (Zakresy: III.7, III.11, III.12, III.16)	1	pkt	
Pielęgniarstwo Epidemiologiczne Zakresy: III.7, III.10, III.12, III.15, III.16, III.17, III.20)	1	pkt	
Pielęgniarstwo Geriatryczne (Zakresy: III.8, III.9, III.12)	1	pkt	
Pielęgniarstwo Diabetologiczne (Zakresy: III.9, III.12)	1	pkt	
Pielęgniarstwo Ratunkowe (Zakresy: III.10, III.21, III.22)	1	pkt	
Pielęgniarstwo Opieki Paliatywnej (Zakresy: III.13, III.14, III.15)	1	pkt	
Pielęgniarstwo Opieki Długoterminowej (Zakresy: III.13, III.14)	1	pkt	
Pielęgniarstwo Nefrologiczne (Zakres: III.17)	1	pkt	



Pielęgniarstwo Transplantacyjne (Zakres: III.17)	1	pkt	
Pielęgniarstwo Rodzinne (Zakres: III.21, III.22)	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.		
4. DOŚWIADCZENIE W PRACY W PODSTAWOWEJ OPIECE ZDROWOTNEJ (ZAKRES III.21 i III.22)		
ponad 1 rok	6 pkt	

RAZEM LICZBA PUNKTÓW:

(data i podpis Oferenta
(pieczętka) / 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 Inspektorem Ochrony Pani/Pana Danych 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: 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 pielęgniarki/położnej, 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 Inspektora Ochrony Danych 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 pielęgniarskiego, podmiotom świadczącym obsługę prawną spółki Szpitale Pomorskie oraz operatorom telekomunikacyjnym świadczącym usługi teleinformatyczne na rzecz Inspektora Ochrony Danych. 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 Inspektora Ochrony Danych 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 – Inspektora Ochrony Danych, w celu:

1. wykorzystania podanych przeze mnie dobrowolnie danych osobowych w celu przeprowadzenia konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych pielęgniarki/położnej 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 pielęgniarstwa/położnej 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 pielęgniarstwa/położnej prowadzonym przez Inspektora Ochrony Danych

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

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