**Konkurs nr 85/2018 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 i konsultacji psychologicznych 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 Kardiologii i Angiologii Interwencyjnej- z Pracownią Radiologii Zabiegowej i w Poradni Chorób Naczyń |  | **Wynagrodzenie - … % wartości procedury z grupy Q41-Q48 wg obowiązującego w dniu udzielania świadczenia katalogu JGP, za każde udzielone w ramach umowy świadczenie.** |  |
| **2.** | III. 2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Kardiologii i Angiologii Interwencyjnej- dyżury |  | **Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru od pn-pt-sb** | **Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru niedz i święta** |  | **min** | max |
| **16h** |  | **24h** |  | 16h |  |  |
| 24h |  |  |
| **3.** | III. 3. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Kardiologii i Angiologii Interwencyjnej- z Pracownią Hemodynamiczną |  | **Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę świadczenia usług - ordynacja** | **Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru od pn-pt-sb** | **Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru niedz i święta** |  | min | max |
|  | **16h** | **24h** | 16h |  |  |
| 24h |  |  |
| **4.** | III.4. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii - ordynacja i dyżury |  | **Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę świadczenia usług - ordynacja** | **Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru od pn-pt-sb** | **Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru niedz i święta** |  | min | max |
|  | **16h** | **24h** | 16h |  |  |
| 24h |  |  |
| **5.** | III.5. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Położnictwa i Ginekologii – ordynacja i dyżury |  | **Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę świadczenia usług - ordynacja** | **Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru od pn-pt-sb** | **Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru niedz i święta** |  | min | max |
|  | **16h** | **24h** | 16h |  |  |
| 24h |  |  |
| **6.** | III.6. Konsultacja w zakresie farmakologii klinicznej |  | **Wynagrodzenie za konsultację** | Ryczałt |
| **7.** | III.7.Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu ruchu z pododdziałem Chirurgii Ręki – ordynacja i dyżury |  | **Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę świadczenia usług - ordynacja** | **Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru od pn-pt-sb** | **Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru niedz i święta** |  | min | max |
|  | **16h** | **24h** | 16h |  |  |
| 24h |  |  |
| **8.**  | III. 8. Diagnosta laboratoryjny w Zakładzie Patologii - ordynacja |  | **Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę świadczenia usług - ordynacja** | **zł** | min | max |
|  |  |

**Uwaga:**

1. **Ceną oferty dla zakresu III.3., III.4., III.5, III.7. 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.6. jest: stawka miesięcznego ryczałtu**
3. **Cena oferty zakresu III.1 wynagrodzenie: % wartości procedury z grupy Q41-Q48 wg obowiązującego w dniu udzielania świadczenia katalogu JGP, za każde udzielone w ramach umowy świadczenie.**
4. **Cena oferty dla zakresu III.2. jest suma: stawka za 1 godzinę świadczenia usługi w ramach dyżuru zwykłego plus stawka za 1 godzinę świadczenia usługi w ramach dyżuru świątecznego.**
5. **Cena oferty dla zakresu III.8. jest suma: stawka za 1 godzinę świadczenia usługi w ramach ordynacji.**

**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** | **4 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** | **5 pkt** |  |
| **Powyżej 160** | **4 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:** **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 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 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**

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**