

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 (*właściwie 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 <u>jeśli oferta składana jest wyłącznie na dyżury – w ramach oferowanej miesięcznej liczby godzin dyspozycyjności</u>		
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	16h	Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru od pn-pt-sb	Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru niedz i święta		min	max
					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		
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		
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		
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		
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, 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 książki 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/-em 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 pieczętą

**) 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 OFERTA 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 (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 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 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)

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