**Konkurs nr 29/2020 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 Spółki: przy ul. Powstania Styczniowego 1, Gdynia – Szpital Morski im. PCK w następującym zakresie:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres, na który jest składana oferta** | **Wskazanie Oferenta** | **Proponowane wynagrodzenie za świadczenie usług zdrowotnych/Oferowana liczba godzin świadczenia usług** | |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. |
| 1. | **III.1.** Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego **w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej wraz z kierowaniem zakładem.** |  | stawka za 1 punkt rozliczeniowy | Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale  od min-do max |
|  |
| Proponowane wynagrodzenie - stawka ryczałtowa za miesiąc kalendarzowy kierowania zakładem |  |
|  |

Uwaga:

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

3.Ceną oferty dla zakresu III.1 jest stawka za 1 punkt rozliczeniowy oraz dodatkowo stawka ryczałtowa za 1 miesiąc kalendarzowy pełnienia kierowania zakładem.

**Oświadczam, że:**

1. Zapoznałam/-em się z treścią Ogłoszenia konkursu ofert, SWKO oraz projektem umowy, akceptuję ich treść oraz – nie wnoszę zastrzeżeń / wniosłam/em zastrzeżenia do umowy – (zastrzeżenia do umowy w piśmie z dnia..............................)\*\*.
2. **Zobowiązuję się do zawarcia umowy w terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia,   
   w okresie objętym okresem związania ofertą. Przyjmuję do wiadomości, iż w przypadku bezzasadnej odmowy podpisania umowy poniosę wobec Udzielającego zamówienia odpowiedzialność odszkodowawczą z tego tytułu.**
3. 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).
4. 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.
5. Załączone kserokopie dokumentów wykonane zostały z oryginału dokumentu, a zawarte w nich dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
6. Dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym   
   i faktycznym na dzień składania oferty.
7. Zobowiązuję się do pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach   
   i godzinach wyznaczonych przez Udzielającego zamówienia.
8. Posiadam ubezpieczenie o odpowiedzialności cywilnej /zawrę umowę o odpowiedzialności cywilnej   
   i dostarczę kopię polisy najpóźniej w terminie podpisania umowy\*\*.
9. Samodzielnie rozliczam się z urzędem skarbowym i ZUS-em.
10. Zgłosiłam/-em swoją działalność gospodarczą w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych celem rozliczenia   
    z tytułu ubezpieczenia społecznego oraz ubezpieczenia zdrowotnego.
11. Zobowiązuję się do dostarczenia w dniu zawarcia umowy kserokopii dokumentu potwierdzającego ukończenie kurs BHP oraz stosownych zaświadczeń lekarskich.
12. Oświadczam, że nie byłam/-em karana/-y za przewinienia/przestępstwa umyślne.
13. 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.
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.
15. Zobowiązuję się do niepodwyższania 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

**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](javascript:mail('mailto: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 zawodowego, 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](javascript:mail('mailto: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 w spółce Szpitale Pomorskie, na jakie złożyłem/am ofertę konkursową zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych #.

TAK

NIE

używania przez spółkę Szpitale Pomorskie telekomunikacyjnych urządzeń końcowych, których jestem użytkownikiem, dla celów przeprowadzenia konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych 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\*\*\*)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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:)** | | | | | | |
| 3.2.W ZAKRESIE ORDYNACJI: |  | | |  | | |
| Do 145 | 5 pkt | | |  | | |
| 146-180 | 3 pkt | | |  | | |
| 181-240 | 1 pkt | | |  | | |
| Powyżej 240 | 0 pkt | | |  | | |
|  | | | | | | |
| **3.3.W POSZCZEGÓLNYCH PRACOWNIACH:** | **Deklarowany czas pracy(należy wskazać przedział czasowy godzin pracy)** | | WAGA (**1 pkt za 1 godzinę udzielania świadczeń\*** | | **Właściwe zaznaczyć krzyżykiem** |
| **3.3.1. PRACOWNIA RENGENODIAGNOSTYKI** |  | |  | |  |
| Poniedziałek 7.30 – 15.00 |  | |  | |  |
| Wtorek 7.30 – 15.00 |  | |  | |  |
| Środa 7.30 – 15.00 |  | |  | |  |
| Czwartek 7.30 – 15.00 |  | |  | |  |
| Piątek 7.30 – 15.00 |  | |  | |  |
| **3.3.2.** **PRACOWNIA ULTRASONOGRAFII** |  | |  | |  |
| Poniedziałek 8.00-18.30 |  | |  | |  |
| Wtorek 8.00-18.30 |  | |  | |  |
| Środa 8.00-18.30 |  | |  | |  |
| Czwartek 8.00-18.30 |  | |  | |  |
| Piątek 8.00-18.30 |  | |  | |  |
| **3.3.3.** **PRACOWNIA MAMMOGRAGII – 6 godz. dziennie w przedziale godz.8.00-18.00 minimum oraz 2x tyg. w godz. 12.00-18.00, w tym biopsja cienkoigłowa pod kontrolą mammografii 5 godz, tyg.** |  | |  | |  | |
| Poniedziałek |  | |  | |  | |
| Wtorek |  | |  | |  | |
| Środa |  |  | | |  | |
| Czwartek |  |  | | |  | |
| Piątek |  |  | | |  | |
| **3.3.4.** **PRACOWNIA TOMOGRAFII ( gabinet ZDO plus gabinet Radioterapii)** |  |  | | |  | |
| Poniedziałek 8.00-18.00 |  |  | | |  | |
| Wtorek 8.00-18.00 |  |  | | |  | |
| Środa 8.00-18.00 |  |  | | |  | |
| Czwartek 8.00-18.00 |  |  | | |  | |
| Piątek 8.00-18.00 |  |  | | |  | |
| **3.3.5.** **PRACOWNIA REZONANSU MAGNETYCZNEGO** |  |  | | |  | |
| Poniedziałek 15.00-18.00 |  |  | | |  | |
| Wtorek 15.00-18.00 |  |  | | |  | |
| Środa 15.00-18.00 |  |  | | |  | |
| Czwartek 15.00-18.00 |  |  | | |  | |
| Piątek 15.00-18.00 |  |  | | |  | |

**\*Niepełną godzinę liczymy proporcjonalnie.**

**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) |

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