**Konkurs nr 48/2020 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 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):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zakres, na który jest składana oferta** | **Wskazanie Oferenta** | **Proponowane wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę świadczenia usług** | **Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale**  **min – max** | **Proponowane wynagrodzenie - stawka ryczałtowa za miesiąc kalendarzowy zarządzania/ koordynacji** |
| **2.** | **3.** | **4.** | **5.** |  |
| **III.1. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę w Oddziale Nefrologii;** |  |  |  |  |
| **III.2. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę operacyjną w Bloku Operacyjnym;** |  |  |  |  |
| **III.3. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę w Oddziale Chorób Wewnętrznych i Leczenia Schorzeń Endokrynologicznych;** |  |  |  |  |
| **III.4. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę w Oddziale Onkologii i Radioterapii – Dział Onkologii Klinicznej;** |  |  |  |  |
| **III.5. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę w Oddziale Onkologii i Radioterapii – Dział Onkologii Klinicznej – Profil „Leczenie Jednego Dnia”;;** |  |  |  |  |
| **III.6. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę w Oddziale Chirurgii Dziecięcej;** |  |  |  |  |
| **III.7. Świadczenie usług medycznych przez położną w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym;** |  |  |  |  |
| **III.8. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę w Poradni Onkologicznej;** |  |  |  |  |
| **III.9. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę w Poradni Okulistycznej;** |  |  |  |  |
| **III.10. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę w Izbie Przyjęć Ogólnej;** |  |  |  |  |
| **III.11. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę w Izbie Przyjęć Internistycznej;** |  |  |  |  |
| **III.12. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę w Zakładzie Teleradioterapii;** |  |  |  |  |
| **III.13. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę w Oddziale Nefrologicznym wraz z koordynacją;** |  |  |  |  |
| **III.14. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę w Poradni Okulistycznej wraz z koordynacją.** |  |  |  |  |
| **III.15. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę w Oddziale Urologii, Urologii Onkologicznej i Andrologii;** |  |  |  |  |
| **III.16. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę w Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej - opieka wyjazdowa;** |  |  |  |  |

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.
2. Wynagrodzenie należy podać w złotych polskich cyfrowo.
3. Ceną oferty jest stawka za jedna godzinę świadczenia usług oraz dodatkowo dla zakresów **III.13., III.14** wynagrodzenie ryczałtowe za miesiąc kalendarzowy za zarządzanie/koordynację pracą pielęgniarek.
4. Uwaga: wynagrodzenie oferenta nie obejmuje dodatku dla pielęgniarek, tj. wzrostu miesięcznego 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 (Dz.U. z 2015 r. poz. 1628 ze zm.) zgodnie z treścią odpowiednich Porozumień płacowych, który wynosi aktualnie 10,00 zł brutto nie dłużej, niż do dnia obowiązywania umowy zawartej z oferentem.

**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 – (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/-łem 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 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.
14. Zobowiązuję się do nie podwyższania ceny za realizację świadczeń przez okres trwania umowy.
15. 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 Oferenta\*\*\*- wraz z pieczątką |
|  |  |

\*\*) niepotrzebne skreślić

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **KRYTERIA OCENY PUNKTOWEJ OFERTY – ZAKRES PIELĘGNIARSKI/POŁOŻNEJ** | | | | |
| **1. KWALIFIKACJE ZAWODOWE\*** | | | | |
| * 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.3,III.7, III.10, III.11, III.12) | 3 | pkt | |  |
| Pielęgniarstwo Onkologiczne  (Zakresy: III.3, III.4, III.5, III.8, III.15) | 3 | pkt | |  |
| Pielęgniarstwo Internistyczne  (Zakresy: III. 4, III.9, III.11, III.15) | 3 | pkt | |  |
| Pielęgniarstwo Położniczo-Ginekologiczne  (Zakres: III.7) | 3 | pkt | |  |
| Pielęgniarstwo Chirurgiczne  (Zakresy: III.1, III. 10, III.11) | 3 | pkt | |  |
| Pielęgniarstwo Operacyjne  (Zakres: III.2) | 3 | pkt | |  |
| Pielęgniarstwo Geriatryczne  (Zakresy: III.1, III. 10, III.11) | 3 | pkt | |  |
| Pielęgniarstwo Zachowawcze  (Zakresy: III.1, III.3, III.4,III.5, III.8, III.9, III.10, III.11, III.13, III.15) | 3 | pkt | |  |
| Pielęgniarstwo Kardiologiczne  (Zakresy: III.4, III. 11) | 3 | pkt | |  |
| Pielęgniarstwo Opieki Paliatywnej  (Zakresy: III 3, III.12) | 3 | pkt | |  |
| Pielęgniarstwo Diabetologiczne  (Zakres: III 3) | 3 | pkt | |  |
| Pielęgniarstwo Rodzinne  (Zakres: III 7) | 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.3,III.7, III.10, III.11, III.12) | 1 | | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Operacyjne  (Zakres: III.2) | 1 | pkt | |  |
| Pielęgniarstwo Internistyczne  (Zakresy: III. 4, III.9, III.11, III.15) | 1 | pkt | |  |
| Pielęgniarstwo Onkologiczne  (Zakresy: III.3, III.4, III.5, III.8, III.15) | 1 | pkt | |  |
| Pielęgniarstwo Położniczo-Ginekologiczne  (Zakres: III.7) | 1 | pkt | |  |
| Pielęgniarstwo Zachowawcze  (Zakresy: III.1, III.3, III.4,III.5, III.8, III.9, III.10, III.11, III.15) | 1 | pkt | |  |
| Pielęgniarstwo Chirurgiczne  (Zakresy: III.1, III. 10, III.11) | 1 | pkt | |  |
| Pielęgniarstwo Geriatryczne  (Zakres: III.1, III. 10, III.11) | 1 | pkt | |  |
| Pielęgniarstwo Rodzinne  (Zakresy: III. 7) | 1 | pkt | |  |
| Pielęgniarstwo Kardiologiczne  (Zakresy: III.4, III. 11) | 1 | pkt | |  |
| Pielęgniarstwo Nefrologiczne z dializoterapią  (Zakres: III.1, III.13) | 1 | pkt | |  |
| Pielęgniarstwo Opieki Paliatywnej  (Zakres: III 3, III.12) | 1 | pkt | |  |
| Pielęgniarstwo Diabetologiczne  (Zakres: III.3) | 1 | pkt | |  |
| Pielęgniarstwo anestezjologicznej i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii  (Zakres: III.7) | 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** |
| 1. **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** | **WAGA** | **Właściwe zaznaczyć krzyżykiem** |
| 1. **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.**

|  |  |
| --- | --- |
| *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](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 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 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 Szpital 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 pielęgniarki/położnej 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 pielęgniarki/położnej w spółce Szpitale Pomorskie, w szczególności przeprowadzenia konkursu oraz prowadzenia negocjacji.

TAK

NIE

……………………………………………….

( data i podpis Oferenta (pieczątka) /

upoważnionego przedstawiciela Oferenta)

# Niewyrażenie zgody wiąże się z niemożliwością wzięcia udziału w konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych pielęgniarki/położnej prowadzonym przez Administratora Danych Osobowych.

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

……………………………………………….

( data i podpis Oferenta (pieczątka) /

upoważnionego przedstawiciela Oferenta)