**Konkurs nr 53/2020 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 Szpital Specjalistyczny
im. F. Ceynowy w Wejherowie przy ul. A. Jagalskiego 10, kod 84-200 Wejherowo w następujących zakresach:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **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** |
| **1.** | **2.** | **3.** | **4.** | **5.** |
| 1 | III.1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę anestezjologiczną w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii. |   |   |   |
| 2 | III.2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę anestezjologiczną w Oddziale Kardiochirurgii. |   |   |   |
| 3 | III.3. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę/położną w Oddziale Neonatologii. |   |   |   |
| 4 | III.4. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez położną w Oddziale Położnictwa i Ginekologii. |   |   |   |
| 5 | III.5. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę/pielęgniarza w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym. |   |   |   |
| 6 | III.6. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę w Oddziale Kardiologii i Angiologii Interwencyjnej. |   |   |   |
| 7 | III.7. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę w Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu z pododdziałem Chirurgii Ręki. |   |   |   |
| 8 | III.8. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej. |   |   |   |
| 9 | III.9. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę w Oddziale Neurologii. |   |   |   |
| 10 | III.10. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę w Oddziale Chorób Wewnętrznych. |   |   |   |
| 11 | III.11. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę w Oddziale Chorób Płuc. |   |   |   |
| 12 | III.15. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie Położnictwa w Gabinecie Położnych "Trzy Planety" (edukacja przedporodowa, szkoła rodzenia, KTG, patronaż i inne indywidualne spotkania z ciężarną) |   | Edukacja przedporodowa (zł. od pacjentki) |   |   |
| Patronaż środowiska (zł. od pacjentki plus koszty paliwa) |   |
| Patronaż w szpitalu (zł. od pacjentki) |   |
| Opieka ginekologiczna (zł. od pacjentki) |   |
| Deklaracje (zł. za 1 deklarację) |   |

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 dla zakresów **III.1. – III.11.** jest stawka za jedna godzinę świadczenia usług.
4. Ceną oferty dla zakresu **III.12.** jest cena za 1 edukację przedporodową (płatne od ilości pacjentek) plus cena za 1 patronaż środowiska (płatne od ilości pacjentek plus koszty paliwa) plus cena za 1 patronaż w szpitalu (płatne od ilości pacjentek) plus cena za 1 opiekę ginekologiczną (płatne od ilości pacjentek) plus cena za 1 deklarację (płatne od ilości deklaracji).
5. 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, płatne 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 PIELĘGNIARKI/POŁOŻNEJ** |
| **1. WYKSZTAŁCENIE W DZIEDZINIE** |
| **KRYTERIUM** | **WAGA** | **Właściwe zaznaczyć krzyżykiem** |
| MAGISTER PIELEGNIARSTWA | 2 | pkt |  |
| PIELEGNIARSTWO - LICENCJAT | 1 | pkt |  |
| **2. KWALIFIKACJE ZAWODOWE\*** |
| **2.1.  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  | 3 | pkt |   |
| (Zakresy: III.1.; III.2.; III.5.; III.6.; III.10.;) |
| Pielęgniarstwo Internistyczne | 3 | pkt |   |
| (Zakresy: III.9.; III.10.; III.11.;) |
| Pielęgniarstwo Zachowawcze | 3 | pkt |   |
| (Zakresy: III.9.; III.10.;) |
| Pielęgniarstwo Chirurgiczne | 3 | pkt |   |
| (Zakresy: III.5.; III.6.; III.7.; III.8;) |
| Pielęgniarstwo Pediatryczne | 3 | pkt |   |
| (Zakres: III.5.;) |
| Pielęgniarstwo Operacyjne | 3 | pkt |   |
| (Zakresy: III.3.; III.4.; III.7.; III.8.;) |
| Pielęgniarstwo Geriatryczne | 3 | pkt |   |
| (Zakresy: III.9.; III.10.;) |
| Pielęgniarstwo Kardiologiczne | 3 | pkt |  |
| (Zakresy: III.5.; III.6.;) |
| Pielęgniarstwo Opieki długoterminowej | 3 | pkt |  |
| (Zakres: III.9;) |
| Pielęgniarstwo Neonatologiczne | 3 | pkt |  |
| (Zakres: III.3;) |
| Pielęgniarstwo Położniczo-Ginekologiczne | 3 | pkt |  |
| (Zakresy: III.3.; III.4.; III.12.;) |
| Pielęgniarstwo Neurologiczne | 3 | pkt |  |
| (Zakres: III.9;) |
| Pielęgniarstwo Ratunkowe | 3 | pkt |  |
| (Zakres: III.5.;) |
| **2.2. KURSY KWALIFIKACYJNE 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  | 1 | pkt |   |
| (Zakresy: III.1.; III.2.; III.5.; III.6.; III.10.;) |
| Pielęgniarstwo Internistyczne | 1 | pkt |   |
| (Zakresy: III.9.; III.10.; III.11.;) |
| Pielęgniarstwo Zachowawcze | 1 | pkt |   |
| (Zakresy: III.9.; III.10.;) |
| Pielęgniarstwo Chirurgiczne | 1 | pkt |   |
| (Zakresy: III.5.; III.6.; III.7.; III.8;) |
| Pielęgniarstwo Pediatryczne | 1 | pkt |   |
| (Zakres: III.5.;) |
| Pielęgniarstwo Operacyjne | 1 | pkt |   |
| (Zakresy: III.3.; III.4.; III.7.; III.8.;) |
| Pielęgniarstwo Geriatryczne | 1 | pkt |   |
| (Zakresy: III.9.; III.10.;) |
| Pielęgniarstwo Kardiologiczne | 1 | pkt |  |
| (Zakresy: III.5.; III.6.;) |
| Pielęgniarstwo Opieki długoterminowej | 1 | pkt |  |
| (Zakres: III.9;) |
| Pielęgniarstwo Neonatologiczne | 1 | pkt |  |
| (Zakres: III.3;) |
| Pielęgniarstwo Położniczo-Ginekologiczne | 1 | pkt |  |
| (Zakresy: III.3.; III.4.; III.12.;) |
| Pielęgniarstwo Neurologiczne | 1 | pkt |  |
| (Zakres: III.9;) |
| Pielęgniarstwo Ratunkowe | 1 | pkt |  |
| (Zakres: III.5.;) |
| **\*CZ. 2 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. |
| **3.      DYSPOZYCYJNOŚĆ** |
| **KRYTERIUM** | **WAGA** | **Właściwe zaznaczyć krzyżykiem** |
| **3.1. 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. |
| **4. 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. |
| **5 DOTYCHCZASOWE, NIENAGANNE ŚWIADCZENIE PRACY LUB USŁUG NA RZECZ SZPITALI POMORSKICH SP. Z O.O. POTWIERDZONE OPINIĄ BEZPOŚREDNIEGO PRZEŁOŻONEGO LUB DYREKTORA DS. PIELĘGNIARTSWA:** |
| brak | 0 pkt |   |
| do 2 lat | 2 pkt |   |
| powyżej 2 lat | 3 pkt |   |

|  |  |
| --- | --- |
| *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 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 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 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 prowadzonym przez Administratora Danych Osobowych.

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

 ……………………………………………….

( data i podpis Oferenta (pieczątka) /

upoważnionego przedstawiciela Oferenta)