**Konkurs nr 20/2021 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. Wójta Radtkego 1 –Szpital Św. Wincentego a Paulo w następujących zakresach:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 Oddziale Chirurgii Szczękowo-Twarzowej w zakresie** **czynności lekarza specjalisty chirurgii szczękowo-twarzowej.** |  | Proponowana stawka za wykonanie dużego zabiegu ( dotyczy grup procedury C21 katalogu świadczeń w zakresie chirurgii szczękowo-twarzowej ), | Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale od min-do max |
|  |
| Proponowana stawka za wykonanie małego zabiegu (dotyczy pozostałych grup procedur katalogu świadczeń w zakresie chirurgii szczękowo-twarzowej). |
|  |
| 2. | **III.2.** Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w **Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej – ordynacja .** |  | Proponowana stawka za 1h świadczenia ordynacji | Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale od min-do max |
|  |  |
| 3. | **III.3. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Neurologii/Udarowy – ordynacja i/lub dyżury**  | **III.3.1** | Proponowana stawka za 1h świadczenia ordynacji | Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale od min-do max |
|   |  |
| **III.3.2** | Proponowana stawka za 1h świadczenia dyżuru w dni powszednie, soboty, niedziele i święta | Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale od min-do max |
|  |  |
| 4. | **III.4 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Pracowni Diagnostyki Obrazowej – ordynacja i/lub dyżury wraz z kierowaniem pracownią.** | **III.4.1** | Proponowana stawka za 1h świadczenia ordynacji | Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale od min-do max |
|  |  |
| **III.4.2** | Proponowana stawka za 1h świadczenia dyżuru w dni powszednie, soboty, niedziele i święta | Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale od min-do max |
|  |
| **III.4.3** | Proponowane wynagrodzenie - stawka ryczałtowa za miesiąc kalendarzowy kierowania pracownią  |  |
|  |  |
| 5. | **III.5. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Pracowni Diagnostyki Obrazowej – ordynacja i/lub dyżury i/lub opisywanie badań tomografii komputerowej (TK) poza godzinami ordynacji i/lub udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań Dopplera w innych Oddziałach spółki Szpitale Pomorskie.** | **III.5.1** | Proponowana stawka za 1h świadczenia ordynacji | Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale od min-do max |
|  |
| **III.5.2** | Proponowana stawka za 1h świadczenia dyżuru w dni powszednie, soboty, niedziele i święta |
|  |
| **III.5.3** | Proponowana stawa za 1 opis badania tomografii komputerowej (TK) poza godzinami ordynacji |
|  |
| **III.5.4** | Proponowana stawka z 1 badanie Dopplera żył jednej kończyny dolnej |
|  |
| Proponowana stawka za 1 badanie Dopplera tętnic jednej kończyny dolnej |
|  |
| Proponowana stawka za 1 badanie Dopplera żył dwóch kończyn dolnych |
|  |
| Proponowana stawka za 1 badanie Dopplera tętnic dwóch kończyn dolnych |
|  |
| Proponowana stawka za 1 badanie Dopplera tętnic domózgowych |
|  |
| 6. | **III.6. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Kardiologii – dyżury.** |  | Proponowana stawka za 1h świadczenia dyżuru w dni powszednie, soboty, niedziele i święta | Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale od min-do max |
|  |
| 7. | **III.7 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Kardiologii w zakresie wykonywania zabiegów ablacji tkanki mięśnia sercowego endokaridalnej i epikaridalnej (krioablacja) przez cewnik wraz z konsultacją i kwalifikacją pacjenta.** |  | Proponowane wynagrodzenie - % wartości procedury z grupy wg katalogu JGP (tj. % od kwoty produktu jednostkowego rozliczanego przez NFZ) | Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale od min-do max |
| ………………….% |

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 zabieg,

4.Ceną oferty dla zakresów: III.2., III.3, III.4, III.5, III.6 jest stawka za 1 godzinę świadczenia ordynacji i/lub dyżuru oraz

 - dodatkowo dla zakresu III.4 stawka ryczałtowa za 1 miesiąc kalendarzowy kierowania oddziałem/pracownią,

- dodatkowo dla zakresu III.5 stawka za 1 badanie,

5.Ceną oferty dla zakresu III.7 jest : % wartości wykonanego świadczenia wg wyceny NFZ ( JGP ) – tj. % od kwoty produktu jednostkowego rozliczanego przez NFZ.

**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/-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 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 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 |  |
| **KRYTERIUM - DYSPOZYCYJNOŚĆ** | **WAGA** | **Właściwe zaznaczyć krzyżykiem** |
| **3. DYSPOZYCYJNOŚĆ** |
| **3.1. DEKLAROWANA minimalna LICZBA GODZIN ŚWIADCZENIA USŁUG W MIESIĄCU:)**  |
| 3.1.1.W ZAKRESIE ORDYNACJI (nie dot. zakresów III.1,6 i 7 ): |  |  |
| Do 145 | 5 pkt |  |
| 146-180 | 3 pkt |  |
| 181-240 | 1 pkt |  |
| Powyżej 240 | 0 pkt |  |
|  |
| 3.1.2.W ZAKRESIE DYŻURÓW (nie dot. zakresów III.1, 2 i 7): |  |  |
| Do 81 | 0 pkt |  |
| 82-160 | 3 pkt |  |
| 161-240 | 5 pkt |  |
| Powyżej 240 | 6 pkt |  |
| 3.1.3. DEKALROWANIA minimalna LICZBA GODZIN ŚWIADCZENIA USŁUG W MIESIĄCY (Dot. zakresów III. 1 i III. 7) |  |  |
| Do 81 | 0 pkt |  |
| 82-160 | 3 pkt |  |
| 161-240 | 5 pkt |  |
| Powyżej 240 | 6 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) |

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