**Konkurs nr 11/2023 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 technika elektroradiologii w lokalizacji Spółki: przy ul. Wójta Radtkego1 w Gdyni w następujących zakresach:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Zakres, na który jest składana oferta** | **Wskazanie Oferenta** | **Proponowane wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę świadczenia usług** | **Proponowane wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę pełnienia dyżuru „pod telefonem”** | **Proponowane wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę świadczenia usług po wezwaniu** | **Proponowane wynagrodzenie - stawka ryczałtowa za miesiąc kalendarzowy zapewnienia ciągłości pracy** | **Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale min.- max.** |
| **1.** | **2.** | **3.** | **4.** | **5.** | **6.** | **7.** | **8.** |
| 1 | III.1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu przez technika elektroradiologii w Pracowni Hemodynamiki i Angiologii oraz w Pracowni Elektrofizjologii oraz w Pracowni Urządzeń Wszczepialnych Serca – Oddział Kardiologiczny; |  |  |  |  |  | Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale min.- max |
|  |
| 2 | III.2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu przez technika elektroradiologii w Oddziale Chirurgii Naczyniowej; |  |  |  |  |  | Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale min.- max |
|  |
| Oferowana liczba godzin pełnienia dyżuru „pod telefonem” w przedziale min.- max |
|  |
| 3 | III.3. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu przez technika elektroradiologii w Oddziale Chirurgii Naczyniowej wraz z zapewnieniem ciągłości pracy w salach zabiegowych Oddziału Chirurgii Naczyniowej; |  |  |  |  |  | Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale min.- max |
|  |
| Oferowana liczba godzin pełnienia dyżuru „pod telefonem” w przedziale min.- max |
|  |

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.2. oraz III.3. jest stawka za 1 godzinę świadczenia usługi oraz
4. dla zakresu III.2. stawka za 1 godzinę pełnienia dyżuru „pod telefonem” oraz stawka za 1 godzinę świadczenia usług go wezwaniu,
5. dla zakresu III.3. stawka za 1 godzinę pełnienia dyżuru „pod telefonem” oraz stawka za 1 godzinę świadczenia usług go wezwaniu oraz stawka ryczałtowa za 1 miesiąc kalendarzowy zapewnienia ciągłości pracy.

**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.
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 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 zgodnie z okresem wypowiedzenia wynikającym z tej umowy.
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 nie podwyższania 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

|  |
| --- |
| **KRYTERIA OCENY PUNKTOWEJ OFERTY – ZAKRESY: TECHNIKA ELEKTRORADIOLOGII** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **KRYTERIUM** | **WAGA** | **Właściwe zaznaczyć krzyżykiem** |
| **1. DYSPOZYCYJNOŚĆ** |
| **1.1. 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 - DOŚWIADCZENIE** | **WAGA** |
| **2. DOTYCHCZASOWE, NIENAGANNE ŚWIADCZENIE PRACY LUB USŁUG W ZAWODZIE TECHNIKA ELEKTRORADIOLOGII potwierdzone opinią bezpośredniego przełożonego** |
|  |  | Właściwe zaznaczyć krzyżykiem |
| do 1 roku | 1pkt |  |
| powyżej 2 do 5 lat | 2pkt |  |
| powyżej 5 lat | 3pkt |  |
| \*\* Do obliczeń stosuje się każdy pełny rok kalendarzowy pracy. Punkty z kolejnych lat nie sumują się. |

 |
| **KRYTERIUM – DYSPOZYCYJNOŚĆ**  | **WAGA** | **Właściwe zaznaczyć krzyżykiem** |
|  |  |  |
| **3. PEŁNIENIE DYŻURÓW POZA USTALONYM GRAFIKIEM W SYTUACJACH LOSOWYCH, WEDŁUG ZAPOTRZEBOWANIA UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA**  |
| TAK  | 3 pkt |  |
| NIE | 0 pkt |  |
|  |  |  |
| **3.1. W ZAKRESIE OKRESU TRWANIA UMOWY** |  |  |
| 1 rok  | 0 pkt |  |
| 2 lata | 3 pkt |  |
| 3 lata  | 5 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)\*\*\* |

**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

1. 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 technika elektroradiologii prowadzonym przez Administratora Danych Osobowych

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

………….........................................

(data, czytelny podpis Oferenta/

upoważnionego przedstawiciela Oferenta\*\*\*)