**Konkurs nr 31/2023 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 przez lekarzy w lokalizacjach Spółki przy ul. Wójta Radtkego 1 - Szpital św. Wincentego a Paulo w następujących zakresach:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Zakres, na który jest składana oferta** | **Wskazanie Oferenta** | **Proponowane wynagrodzenie** | **Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale**  **od min-do max** |
| **1.** | **2.** | **3.** | **4.** | **5.** |
| 1. | III.1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii – ordynacja  i/lub dyżury i/lub transport pacjenta; |  | Proponowana stawka za 1h świadczenia ordynacji | Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale  od min-do max |
|  |
| Proponowana stawka za 1h świadczenia dyżuru w dni powszednie, soboty, niedziele i święta |
|  |
| Proponowana stawka za 1 wykonany transport pacjenta |
|  |
| 2 | III.2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Chirurgii Dziecięcej oraz w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym – Ambulatorium Pediatryczno-Chirurgiczne – ordynacja i/lub dyżury; |  | Proponowana stawka za 1h świadczenia ordynacji | Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale  od min-do max |
|  |
| Proponowana stawka za 1h świadczenia dyżuru w dni powszednie, soboty, niedziele i święta |
|  |
| 3 | III.3. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Otorynolaryngologicznym – ordynacja i/lub dyżury i/lub udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Otorynolaryngologicznej; | **III.3.1** Dot. Oddziału | stawka za 1h świadczenia ordynacji | Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale  od min-do max |
|  |
| stawka za 1h świadczenia dyżuru w dni powszednie, soboty, niedziele i święta |
|  |
| **III.3.2** Dot. Poradni | Proponowana stawka za 1 punkt od procedury stanowiącej 50% liczby punktów prawidłowo sprawozdanych i rozliczonych do NFZ zgodnie z katalogiem ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych - usługa w Poradni Otorynolaryngologicznej\* |
| Stawka za 1 punkt …………………………… |
| 4 | III.4. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Chirurgicznym Ogólnym – ordynacja i/lub dyżury i/lub udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Chirurgii Ogólnej i/lub dyżury wspomagające w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym; | **III.4.1** Dot. Oddziału | stawka za 1h świadczenia ordynacji | Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale  od min-do max |
|  |
| stawka za 1h świadczenia dyżuru w dni powszednie, soboty, niedziele i święta |
|  |
| **III.4.2** Dot. Poradni | Proponowana stawka za 1 punkt od procedury stanowiącej 50% liczby punktów prawidłowo sprawozdanych i rozliczonych do NFZ zgodnie z katalogiem ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych - usługa w Poradni Chirurgii Ogólnej\* |
| Stawka za 1 punkt …………………………… |
| **III.4.3** Dot. SOR | Proponowana stawka za 1h świadczenia dyżuru wspomagającego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w dni powszednie, soboty, niedziele i święta\* |
|  |
| 5 | III.5. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Chirurgicznym Ogólnym – ordynacja i/lub dyżury i/lub udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Chirurgii Ogólnej i/lub dyżury wspomagające w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym wraz z kierowaniem w Oddziale; | **III.5.1** Dot. Oddziału | stawka za 1h świadczenia ordynacji | Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale  od min-do max |
|  |
| stawka za 1h świadczenia dyżuru w dni powszednie, soboty, niedziele i święta |
|  |
| Proponowane wynagrodzenie - stawka ryczałtowa za miesiąc kalendarzowy kierowania Oddziałem |
|  |
| **III.5.2** Dot. Poradni | Proponowana stawka za 1 punkt od procedury stanowiącej 50% liczby punktów prawidłowo sprawozdanych i rozliczonych do NFZ zgodnie z katalogiem ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych - usługa w Poradni Chirurgii Ogólnej\* |
| Stawka za 1 punkt …………………………… |
| **III.5.3** Dot. SOR | Proponowana stawka za 1h świadczenia dyżuru wspomagającego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w dni powszednie, soboty, niedziele i święta\* |
|  |  |
| 6 | III.6. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Kardiologicznym z Oddziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego/ Pracowni Hemodynamiki i Angiologii – zabiegi i/lub „dyżury pod telefonem” i/lub udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Kardiologicznej i/lub dyżury wspomagające w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym. | **III.6.1**  Dot. Oddziału | Proponowana stawka za udzielanie świadczeń zdrowotnych **od godziny 8.00 do godziny 18.00** | Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale  od min-do max |
| a) KORONOGRAFIA - …..…………...…zł brutto    b) ASYSTA PRZY KORONOGRAFII - …….....… zł brutto    c) KORONAROPLASTYKA - ..…..………zł brutto  d) ASYSTA PRZY KORONOROPLASTYCE –  ……………………………...…………. zł brutto  e) ZAKŁADANIE BALONU DO KONTRPULSACJI - …..……………… zł brutto  f) ZAKŁADANIE ELEKTRODY ENDOKAWIOTARNEJ - …..…………… zł brutto |
| Proponowana stawka za udzielanie świadczeń zdrowotnych **od godziny 18.00 do godziny 08.00 dnia następnego** |
| a) KORONOGRAFIA - …..…………....… zł brutto    b) ASYSTA PRZY KORONOGRAFII - …….....… zł brutto  c) KORONAROPLASTYKA - …………. zł brutto  d) ASYSTA PRZY KORONOROPLASTYCE –  …………………….………..…………. zł brutto  e) ZAKŁADANIE BALONU DO KONTRPULSACJI - …..………………… zł brutto  f) ZAKŁADANIE ELEKTRODY ENDOKAWIOTARNEJ - …..…………… zł brutto |
| Proponowana stawka za 1 h udzielania **„dyżuru pod telefonem”** od poniedziałku do piątku od godz. 18.00 do godz. 7.30 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i święta oraz dni wolne od pracy całodobowo |
|  |
| **III.3.4**  Dot. Poradni | Proponowana stawka za 1 punkt od procedury stanowiącej 50% liczby punktów prawidłowo sprawozdanych i rozliczonych do NFZ zgodnie z katalogiem ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych - usługa w Poradni Kardiologicznej\* |
| Stawka za 1 punkt …………………………… |
| **III.3.5**  Dot. SOR | Proponowana stawka za 1h świadczenia dyżuru wspomagającego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym |
|  |

**\* Wynagrodzenie nie może być łączone z wynagrodzeniem z tytułu ordynacji lub dyżuru lekarskiego.**

Uwaga:

1. W kolumnach, gdzie wskazano, aby podać proponowane wynagrodzenie należy je wskazać dokładnie i zgodnie z opisem w tabeli (za 1 h świadczenia ordynacji, za 1h świadczenia dyżuru, za 1 transport pacjenta, za 1 punkt, za miesięczny ryczałt – stosowanie do danego zakresu, na który składana jest oferta).
2. Wynagrodzenie powinno zostać podane w złotych polskich cyfrowo.
3. Ceną ofert dla zakresów III.1.-III.5. jest stawka za 1 godzinę świadczenia ordynacji oraz stawka za 1 godzinę świadczenia dyżuru lekarskiego, oraz dodatkowo:

- dla zakresu III.1. jest stawka za 1 wykonany transport pacjenta,

- dla zakresów III.3 i III.4. jest stawka za 1 punkt rozliczeniowy,

- dla zakresu III.5. jest stawka za 1 punkt rozliczeniowy oraz stawka ryczałtowa za miesiąc kalendarzowy kierowania,

1. Ceną ofert dla zakresu III.6. jest stawka za wykonanie procedur, stawka za udzielanie „dyżuru pod telefonem”, stawka od wartości produktu jednostkowego prawidłowo sprawozdanego i rozliczonego przez NFZ za 1 punkt rozliczeniowy oraz stawka za 1 godzinę pełnienia dyżuru wspomagającego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.

**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 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 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:** | | |
| 3.1.1. W ZAKRESIE ORDYNACJI (dot. zakresów III.1.-III.5.) |  |  |
| Do 145 | 5 pkt |  |
| 146-180 | 3 pkt |  |
| 181-240 | 1 pkt |  |
| Powyżej 240 | 0 pkt |  |
|  | | |
| 3.1.2. W ZAKRESIE DYŻURÓW (dot. zakresów III.1.-III.5.) |  |  |
| 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 MIESIĄCU (dot. zakresu III.6.) |  |  |
| Do 81 | 0 pkt |  |
| 82-160 | 3 pkt |  |
| 161-240 | 5 pkt |  |
| Powyżej 240 | 6 pkt |  |
|  |  |  |
| **3.2. W ZAKRESIE OKRESU TRWANIA UMOWY** |  |  |
| 1 rok | 0 pkt |  |
| 2 lata | 3 pkt |  |
| 3 lata | 5 pkt |  |

**\*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 mocodawc**ę**