**Konkurs nr 45/2023 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 pielęgniarki w następujących zakresach (\*właściwe zaznaczyć krzyżykiem – można wskazać więcej niż jeden zakres):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zakres, na który jest składana oferta** | **Wskazanie Oferenta** | **Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale** **min – max** | **Proponowane wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę świadczenia usług** |
| **1.** | **2.** | **3.** | **4.** |
| **III.1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę anestezjologiczna w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii – część Anestezjologiczna;** |  |  |  |
| **III.2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę w Oddziale Onkologii i Radioterapii – Dział Onkologii Klinicznej – Profil Leczenia Jednego Dnia;** |  |  |  |
| **III.3. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę w Oddziale Onkologii i Radioterapii – Dział Radioterapii Onkologicznej;** |  |  |  |
| **III.4. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę w Oddziale Chorób Wewnętrznych;** |  |  |  |
| **III.5. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę w Oddziale Endokrynologii;** |  |  |  |
| **III.6. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę anestezjologiczną w Pracowni Tomokomputerowej i w Pracowni Rezonansu Magnetycznego Zakładu Diagnostyki Obrazowej i/lub w Zakładzie Teleradioterapii;** |  |  |  |
| **III.7. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę w Poradni Onkologicznej;** |  |  |  |
| **III.8. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę w Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej – opieka stacjonarna w lokalizacjach: przy ul. Powstania Styczniowego 1 w Gdyni Szpital Morski im. PCK , przy ul. Wójta Radtkego 1 w Gdyni Szpital św. Wincentego a Paulo, przy ul. Wejherowska 59 w Gdyni Przychodnia Lekarska Vita-Med. Centrum Opieki Medycznej Sp. z o. o.** |  |  | Proponowane wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę świadczenia usług w dni powszednie od poniedziałku do piątku |
|  |
| Proponowane wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę świadczenia usług w soboty, niedziele i święta |
|  |

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 od III.1 do III.7 jest stawka za jedną godzinę świadczenia usług

4. Ceną oferty dla zakresu III.8 jest stawka za jedną godzinę świadczenia usług w dni powszednie od poniedziałku do piątku oraz w soboty, niedziele i święta.

**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 zgodnie z okresem wypowiedzenia.
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. 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.2, III.3, III.4, III.6) | 3 | pkt |   |
| Pielęgniarstwo Onkologiczne(Zakresy: III.2, III.3, III.4) | 3 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Internistyczne(Zakresy: III.2, III.3, III.4, III.5) | 3 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Zachowawcze(Zakresy: III.4, III.5) | 3 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Kardiologiczne( Zakresy: III.2, III.3) | 3 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Diabetologiczne(Zakresy: III.4, III.5) | 3 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Geriatryczne(Zakres: III.4) | 3 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Opieki Paliatywnej(Zakres: III.4) | 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.2, III.3, III.6) | 1 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Onkologiczne(Zakresy: III.2, III.3, III.4, III.7) | 1 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Internistyczne(Zakresy: III.2, III.3, III.4, III.5) | 1 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Zachowawcze(Zakresy: III.2, III.3, III.4, III.5) | 1 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Opieki Paliatywnej(Zakres: III.4) | 1 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Diabetologiczne(Zakres: III.4) | 1 | pkt |  |
| **1.3. KURSY SPECJALISTYCZNE W DZIEDZINIE: (**\*Punktowane są tylko te kwalifikacje, które mają zastosowanie przy udzielaniu świadczeń określonego rodzaju.) |  |  |  |
| **KRYTERIUM** | **WAGA** | **Właściwe zaznaczyć krzyżykiem** |
| Bezpieczne podawanie środków cieniujących do badań TK, IMR(Zakres III.6) | 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 |  |
| **2.2.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.**

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

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

 ……………………………………………….

 ( data i podpis Oferenta (pieczątka) /

upoważnionego przedstawiciela Oferenta)