Konkurs nr 19/2023

**Załącznik nr 2**

**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 w lokalizacji Spółki przy ul. Dr A. Jagalskiego 10,   
kod 84-200 Wejherowo – Szpital Specjalistyczny im. F. Ceynowy w Wejherowie w zakresie (\*właściwe zaznaczyć krzyżykiem):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp** | **Zakres, na który jest składana oferta** | **Wskazanie Oferenta** |
| 1. | **III.1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego przez lekarza specjalistę kardiochirurgii w Oddziale Kardiochirurgii oraz Poradni Kardiochirurgicznej.** |  |
| 2. | **III.2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego przez lekarza specjalistę kardiochirurgii w Oddziale Kardiochirurgii oraz Poradni Kardiochirurgicznej wraz  z kierowaniem pracą Oddziału oraz Poradni Kardiochirurgicznej** |  |
| 3 | **III.3. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego przez lekarza specjalistę kardiochirurgii w Oddziale Kardiochirurgii oraz Poradni Kardiochirurgicznej wraz  z zastępowaniem kierującego pracą Oddziału oraz Poradni Kardiochirurgicznej.** |  |
| 4. | **III.4. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego przez lekarza specjalistę kardiologa w Oddziale Kardiochirurgii oraz Poradni Kardiochirurgicznej** |  |

**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 aktualne 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 Oferenta nie będzie mnie łączyć ze spółką Szpitale Pomorskie sp. z o.o. przedmiotowa umowa, ponieważ została skutecznie przeze mnie wypowiedziana z zachowaniem obowiązującego strony okresu wypowiedzenia wynoszącego 3 miesiące.
14. Przyjmuję do wiadomości, że Udzielający zamówienia dopuszcza zwiększenie zakresu i wartości umowy   
    o 20% na podstawie aneksu do umowy w sytuacjach wynikających z zapotrzebowania Udzielającego zamówienia.

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………… | ……….……………………………………………… |
| 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\*\*\*)

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **KRYTERIA OCENY PUNKTOWEJ OFERTY – ZAKRES LEKARSKI** | | | |
| **KRYTERIUM** | **WAGA** | | **Właściwe zaznaczyć krzyżykiem** |
| **1. KWALIFIKACJE ZAWODOWE\*** | | | |
| **1.1. TYTUŁ NAUKOWY / STOPIEŃ NAUKOWY W DZIEDZINIE MEDYCYNY (wpisać, jeśli Oferent posiada):** | | | |
|  | 3 | pkt |  |
| **1.2. POSIADANE SPECJALIZACJE (INNE NIŻ KARDIOCHIRURGIA DLA POZ. III.1. i III.2, III.3, INNE NIŻ KARDIOLOGIA DLA POZ. III.4, należy wpisać, jeśli Oferent posiada** | | | |
|  | 3 | pkt |  |
|  | 3 | pkt |  |
|  | 3 | pkt |  |
|  | 3 | pkt |  |
| **1.3. POSIADANIE CERTYFIKATU SAMODZIELNEGO OPERATORA WSZCZEPIANIA ZASTAWEK SERCA DROGĄ PRZEZCEWNIKOWĄ, PRZEZSKÓRNĄ / TAVI /, należy wpisać jeśli Oferent posiada (DOTYCZY zakresu III.1., III.3., III.4.)** | | | |
| TAK | 30 | pkt |  |
| NIE | 0 | pkt |  |
| **1.4. POSIADANIE CERTYFIKATU SAMODZIELNEGO OPERATORA WSZCZEPIANIA ZASTAWEK SERCA DROGĄ PRZEZCEWNIKOWĄ, PRZEZSKÓRNĄ / TAVI /, należy wpisać jeśli Oferent posiada ,** **- dotyczy tylko jeśli Oferent składa formularz na zakres III.2. proszę zaznaczyć tak jeśli oferent posiada jako warunek konieczny złożenia** | | | |
| TAK |  | | |
| NIE |  | | |
| 1.5. DOŚWIADCZENIE W MAŁOINWAZYJNYCH OPERACJACH ZASTAWKI MITRALNEJ z BOCZNEJ LINI TORAKOTOMI - dotyczy tylko jeśli Oferent składa formularz na zakres III.2 proszę zaznaczyć tak jeśli oferent posiada jako warunek konieczny złożenia oferty. | | | |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | Wykonane ponad 100 zabiegów | TAK |  | | NIE |  | | | | |
| \* CZ. 1 FORMULARZA - Punkty uzyskane w części 1 (kwalifikacje zawodowe) sumują się – kwalifikacje należy potwierdzić załączeniem kserokopii stosownego dokumentu. | | | |
| **KRYTERIUM** | **WAGA** | | **Właściwe zaznaczyć krzyżykiem** |
| **2. DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE I NAUKOWE** | | | |
| **2.1. STAŻ PRACY W LATACH JAKO SPECJALISTA KARDIOCHIRUG / dla zakresu III.1,III.2,III.3 / SPECJALISTA KARDIOLOG / dla zakresu III.4 /W DOWOLNYM OŚRODKU KARDIOCHIRURGICZNYM W KRAJU LUB ZA GRANICĄ \*\*** | | | |
| powyżej 5 do 10 lat | 1 | pkt |  |
| powyżej 10 do 15 lat | 3 | pkt |  |
| powyżej 15 lat | 8 | pkt |  |
| \*\* Do obliczeń stosuje się każdy pełny rok kalendarzowy pracy. Punkty z kolejnych lat nie sumują się. Należy zaznaczyć właściwą rubrykę | | | |
| **2.2. DOŚWIADCZENIE W LATACH W PEŁNIENIU FUNKCJI ORDYNATORA ODDZIAŁU/KLINIKI KARDIOCHIRURGI- dotyczy tylko jeśli Oferent składa formularz na zakres III.2 \*\*\*** | | | |
| od 3 do 8 lat | 3 | pkt |  |
| powyżej 8 lat | 10 | pkt |  |
| **2.3. DZIAŁALNOŚĆ NAUKOWA – DOROBEK NAUKOWY WYRAŻONY WSKAZNIKIEM CYTOWAŃ – IF – IMPACT FACTOR - dotyczy tylko jeśli Oferent składa formularz na zakres III.2 \*\*\*\*** | | | |
| IF 5 - 15 | 1 | pkt |  |
| IF 15 – 30 | 3 | pkt |  |
| IF powyżej 30 | 12 | pkt |  |
| \*\*\*\* Punkty nie sumują się, należy zaznaczyć właściwą rubrykę | | | |
| **2.4.. DOTYCHCZASOWA NIENAGANNA PRACA W SZPITALACH POMORSKICH SP. Z O.O** | | | |
| TAK | 5 | pkt |  |
| NIE | 0 | pkt |  |

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

(data, czytelny podpis Oferenta/ upoważnionego przedstawiciela Oferenta\*\*\*)

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