**Konkurs nr 75/2023 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 pielęgniarki/położnej w lokalizacji Szpital Specjalistyczny   
im. F. Ceynowy w Wejherowie przy ul. A. Jagalskiego 10, kod 84-200 Wejherowo w następujących zakresach:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres, na który jest składana oferta** | **Wskazanie Oferenta** | **Proponowane wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę świadczenia usług** | **Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale** |
| **min – max** |
| **1** | **2.** | **3.** | **4.** | **5.** |
| 1 | III.1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez położną w Oddziale Położnictwa i Ginekologii. |  |  | min …… - max …… |
| 2 | III.2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę lub położną w Oddziale Neonatologii. |  |  | min …… - max …… |
| 3 | III.3. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę w Oddziale Kardiologii i Angiologii Interwencyjnej w tym w Pracowni Radiologii Zabiegowej. |  |  | min …… - max ……… |
| 4 | III.4. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę w Oddziale Kardiologii i Angiologii Interwencyjnej. |  |  | min …… - max ……… |
| 5 | III.5. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę w Oddziale Neurologii z oddziałem Udarowym. |  |  | 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.5.** jest stawka za jedna godzinę świadczenia usług.

**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 wynikającym z tej umowy.
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.
16. Oświadczam, że w okresie 5 lat poprzedzających ogłoszenie niniejszego postępowania, nie została ze mną rozwiązana przez Udzielającego zamówienia prowadzącego postępowanie umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie lub rodzaju odpowiadającym przedmiotowi ogłoszenia, bez zachowania okresu wypowiedzenia z przyczyn leżących po mojej stronie.

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………… | .………………………………………………….. |
| 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. WYKSZTAŁCENIE W DZIEDZINIE** | | | | | | |
| **KRYTERIUM** | | | **WAGA** | | | **Właściwe zaznaczyć krzyżykiem** |
| MAGISTER PIELEGNIARSTWA / POŁOŻNICTWA | | | 2 | pkt | |  |
| PIELEGNIARSTWO / POŁOŻNICTWO - LICENCJAT | | | 1 | pkt | |  |
| **2. KWALIFIKACJE ZAWODOWE\*** | | | | | | |
| **2.1.  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 | | | 3 | pkt | |  |
| (Zakresy: III.3.; III.5.;) | | |
| Pielęgniarstwo Internistyczne | | | 3 | pkt | |  |
| (Zakresy: III.5.;) | | |
| Pielęgniarstwo Zachowawcze | | | 3 | pkt | |  |
| (Zakresy: III.5.;) | | |
| Pielęgniarstwo Chirurgiczne | | | 3 | pkt | |  |
| (Zakresy: III.3.;) | | |
| Pielęgniarstwo Operacyjne | | | 3 | pkt | |  |
| (Zakresy: III.1.; III.3.;) | | |
| Pielęgniarstwo Geriatryczne | | | 3 | pkt | |  |
| (Zakresy: III.5.;) | | |
| Pielęgniarstwo Kardiologiczne | | | 3 | pkt | |  |
| (Zakresy: III.3.;) | | |
| Pielęgniarstwo Opieki długoterminowej | | | 3 | pkt | |  |
| (Zakresy: III.5;) | | |
| Pielęgniarstwo Położniczo-Ginekologiczne | | | 3 | pkt | |  |
| (Zakresy: III.1.; III.2) | | |
| Pielęgniarstwo Neurologiczne | | | 3 | pkt | |  |
| (Zakres: III.5;) | | |
| Pielęgniarstwo Neonatologiczne  (Zakres: III.2.;) | | | 3 | pkt | |  |
| **2.2. KURSY KWALIFIKACYJNE 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 | | | 1 | pkt | |  |
| (Zakresy: III.3.; III.5.;) | | |
| Pielęgniarstwo Internistyczne | | | 1 | pkt | |  |
| (Zakresy: III.5.;) | | |
| Pielęgniarstwo Zachowawcze | | | 1 | pkt | |  |
| (Zakresy: III.5.;) | | |
| Pielęgniarstwo Chirurgiczne | | | 1 | pkt | |  |
| (Zakresy: III.3.;) | | |
| Pielęgniarstwo Operacyjne | | | 1 | pkt | |  |
| (Zakresy: III.1.; III.3.;) | | |
| Pielęgniarstwo Geriatryczne | | | 1 | pkt | |  |
| (Zakresy: III.5.;) | | |
| Pielęgniarstwo Kardiologiczne | | | 1 | pkt | |  |
| (Zakresy: III.3.;) | | |
| Pielęgniarstwo Opieki długoterminowej | | | 1 | pkt | |  |
| (Zakresy: III.5;) | | |
| Pielęgniarstwo Położniczo-Ginekologiczne | | | 1 | pkt | |  |
| (Zakresy: III.1.; III.2) | | |
| Pielęgniarstwo Neurologiczne | | | 1 | pkt | |  |
| (Zakres: III.5;) | | |
| Pielęgniarstwo Neonatologiczne  (Zakres: III.2.;) | | | 1 | pkt | |  |
| **\*CZ. 2 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** | | | | | | |
| **3.1. DEKLAROWANA minimalna LICZBA GODZIN ŚWIADCZENIA USŁUG W MIESIĄCU\*** | | | | | | |
| do 160 | 0 pkt | | |  | | |
| 161-200 | 1 pkt | | |  | | |
| 201-240 | 2 pkt | | |  | | |
| Powyżej 241 | 3 pkt | | |  | | |
| **3.2.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.

|  |  |
| --- | --- |
| *RAZEM LICZBA PUNKTÓW: ...............................* |  |
|  | …………………………………..  ( data i podpis Oferenta (pieczątka) / upoważnionego przedstawiciela Oferenta\*) | |

\* 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 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](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 pielęgniarki/położnej 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 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/położnej prowadzonym przez Administratora Danych Osobowych.

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

……………………………………………….

( data i podpis Oferenta (pieczątka) /

upoważnionego przedstawiciela Oferenta\*)

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