**Konkurs nr 107/2023 Załącznik nr 1**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Z KRYTERIAM OCENY PUNKTOWEJ**

(Warunki lokalowe, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny oraz środki transportu i łączności (jeśli dotyczy 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 zakresie czynności ratownika medycznego w lokalizacji przy
ul. Dr A. Jagalskiego 10, kod 84-200 Wejherowo – Szpital Specjalistyczny im. F. Ceynowy w Wejherowie
w zakresie:

**Tabela A**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 w ramach kontraktu przez ratowników medycznych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym - dyżury.** |   | w dni powszednie oraz soboty i niedziele  | za świadczenie usług w następujących dniach przypadających w okresie obowiązywania umowy tj.: 24.12 w godz.19.00-7.00 dnia następnego, 25.12 w godz. 7.00-7.00 dnia następnego; 26.12 w godz. 07.00-19.00, 31.12. w godz. 19.00-7.00 dnia następnego, 01.01. w godz. 7.00-19.00, niedzielę Wielkanocną w godz. 7.00-7.00 dnia następnego i poniedziałek Wielkanocny w godz. 7.00-19.00. | w dni powszednie oraz soboty i niedziele | za świadczenie usług w następujących dniach przypadających w okresie obowiązywania umowy tj.: 24.12 w godz.19.00-7.00 dnia następnego, 25.12 w godz. 7.00-7.00 dnia następnego; 26.12 w godz. 07.00-19.00, 31.12. w godz. 19.00-7.00 dnia następnego, 01.01. w godz. 7.00-19.00, niedzielę Wielkanocną w godz. 7.00-7.00 dnia następnego i poniedziałek Wielkanocny w godz. 7.00-19.00. **(w maximum godz. należy wskazać nie więcej niż 108 godzin)** |
|
| ………. zł | ……………. zł | **60 godz. min.** - …… godz. max.  | ….. godz. min. **-** …..…… godz. max.  |

Uwaga:

1. W kolumnie nr 4 dla zakresu III.1. należy podać proponowane wynagrodzenie za jedną godzinę świadczenia usług zgodnie z opisem w tabeli.
2. Wynagrodzenie należy podać w złotych polskich cyfrowo.
3. Ceną oferty jest stawka za 1 godzinę świadczenia usługi.

**Oświadczam, że:**

1. Zapoznałam/-em się z treścią Ogłoszenia konkursu ofert, SWKO oraz projektem umowy, akceptuje 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. w Gdyni świadczę pracę/nie świadczę pracy\*\*) na podstawie stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej. W przypadku pozostawania w zatrudnieniu
w zakresie pokrywającym się z przedmiotem niniejszego konkursu na podstawie stosunku pracy lub udzielania świadczeń w ramach umowy cywilnoprawnej, oświadczam, że z chwilą podpisania umowy
o świadczenie usług zdrowotnych złożę pismo o rozwiązanie łączącej mnie ze Spółką Szpitale Pomorskie
w Gdyni 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.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| ………………………………Miejscowość, data  | …………………………………………………….Podpis Oferenta/upoważnionego przedstawiciela\*\*\*wraz z pieczątką |

\*\*) niepotrzebne skreślić

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

**Tabela B**

|  |
| --- |
| **KRYTERIA OCENY PUNKTOWEJ OFERTY – ZAKRES RATOWNIK MEDYCZNY** |
| **1.       KRYTERIUM – KWALIFIKACJE (w przypadku posiadania dwóch dyplomów należy uwzględnić tylko jeden, odnośnie kursów wskazać tylko jedną z rubryk, która dotyczy Oferenta)** | **WAGA**  |
| Dyplom licencjat na kierunku ratownictwo medyczne | 2 pkt |   |
| Dyplom szkoły policealnej – ratownik medyczny,  | 1 pkt |   |
| Kursy: 20 - 100 punktów edukacyjnych w danych okresie rozliczeniowym,  | 1 pkt |   |
| Kursy: od 101 punktów edukacyjnych w danych okresie rozliczeniowym,  | 2 pkt |   |
| **2.       KRYTERIUM – DOŚWIADCZENIE (wskazać tylko tę jedną z rubryk, która dotyczy Oferenta)** |  |
| 1825 dni pracy w zespołach wyjazdowych Ratownictwa Medycznego / Lotniczym Zespole Ratownictwa Medycznego/Szpitalnym Oddziale Ratunkowym/ Oddziałach intensywnego nadzoru lub terapii | 2 pkt |   |
| 730-1825 dni pracy w zespołach wyjazdowych Ratownictwa Medycznego / Lotniczym Zespole Ratownictwa Medycznego/Szpitalnym Oddziale Ratunkowym/ Oddziałach intensywnego nadzoru lub terapii | 1 pkt |   |
| **3.       KRYTERIUM – OPINIA O JAKOŚCI ŚWIADCZONYCH USŁUG. (łączną ilość punktów należy wpisać z Załącznik nr 1A -bezpośrednia opinia przełożonego , jako warunek naliczenia punktów) max 10**  |  |
| Pozytywna opinia przełożonego | pkt |   |
| **4.       KRYTERIUM – DYSPOZYCYJNOŚĆ (Minimalna liczba godzina propozycji dyżurowych w każdym miesiącu, wskazać tylko tę rubrykę, która dotyczy Oferenta)**  |   |
| Do 108 godzin | 0 pkt |   |
| 108 – 204 godziny  | 1 pkt |   |
| Powyżej 204 godzin  | 2 pkt |   |
| Gotowość do pełnienia dyżurów poza ustalonym grafikiem w sytuacjach losowych, według zapotrzebowania Udzielającego zamówienia.  | 2 pkt |   |

*RAZEM LICZBA PUNKTÓW: ……………………*

……………………………………

(data, podpis Oferenta/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: 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 ratownika medycznego, 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 ratownika medycznego 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 ratownika medycznego w spółce Szpitale Pomorskie, w szczególności przeprowadzenia konkursu oraz prowadzenia negocjacji.

TAK

NIE

……………………………………

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

# Niewyrażenie zgody wiąże się z niemożliwością wzięcia udziału w konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych ratownika medycznego prowadzonym przez Administratora Danych Osobowych.

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

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

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

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