**Konkurs nr 121/2023 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 w lokalizacji Szpital Specjalistyczny   
im. F. Ceynowy w Wejherowie przy ul. A. Jagalskiego 10, kod 84-200 Wejherowo w następujących zakresach:

**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 przez pielęgniarkę w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym - dyżury.** |  | w dni od poniedziałku do piątku 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 od poniedziałku do piątku 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. |
| 2 | **III.2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę anestezjologiczną w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym - dyżury.** |  | w dni od poniedziałku do piątku 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 od poniedziałku do piątku 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 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.2.** 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 pismo 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.

**TABELA B.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **KRYTERIA OCENY PUNKTOWEJ OFERTY – ZAKRES PIELĘGNIARKI** | | |
| **1. WYKSZTAŁCENIE W DZIEDZINIE** | | |
| **KRYTERIUM JAKOŚĆ** | **WAGA** | **Właściwe zaznaczyć krzyżykiem** |
| MAGISTER PIELEGNIARSTWA | 2 pkt |  |
| PIELEGNIARSTWO - LICENCJAT | 1 pkt |  |
| KURS KWALIFIKACYJN Z PIELĘGNIARSTWA RATUNKOWEGO / W TRAKCIE SPECJALIZACJI Z PIELĘGNIARSTWA RATUNKOWEGO **(dotyczy wyłącznie zakresu III.1)** | 1 pkt |  |
| SPECJALIZACJI Z PIELĘGNIARSTWA RATUNKOWEGO LUB SPECJALIZACJA W DZIEDZINIE ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ OPIEKI **(dotyczy wyłącznie zakresu III.1)** | 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 Załącznika nr 1A -bezpośrednia opinia przełożonego , jako warunek naliczenia punktów) max 10** |  | | | Pozytywna opinia przełożonego | pkt |  | | **4.       KRYTERIUM – DYSPOZYCYJNOŚĆ (Maksymalna liczba godzin propozycji dyżurowych w każdym miesiącu, wskazać tylko tę rubrykę lub rubryki, które dotyczą Oferenta)** |  | | | Do 120 godzin | 0 pkt |  | | 120 – 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 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 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.