**Konkurs nr 137/2023 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 lekarza w lokalizacji Spółki przy ul. Dr A. Jagalskiego 10, kod 84-200 Wejherowo – Szpital Specjalistyczny im. F. Ceynowy w Wejherowie w następujących zakresach:

**Tabela A.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres, na który jest składana oferta** | **Wskazanie Oferenta** | **Proponowane wynagrodzenie za świadczenie usług zdrowotnych/Oferowana liczba godzin świadczenia usług / liczba oferowanych badań zakres III. 2**  |
| 1. | 2. | 3. |  4.  | 5.  |
| 1.  | **III.1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w zakresie czynności lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii w Oddziale Kardiochirurgii, Oddziale Pooperacyjnym Kardiochirurgii, Salach operacyjnych Oddziału Kardiochirurgii – dyżury, znieczulanie do zabiegów operacyjnych kardiochirurgicznych oraz dyżury „pod telefonem”.** | **III.1.1** | stawka za 1h świadczenia dyżuru w dni od poniedziałku do piątku, soboty, niedziele i święta oraz za 1h znieczulania do zabiegów operacyjnych kardiochirurgicznych | Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale od min-do max |
|   | ………...…min. h. - ……..….max. h. |
| **III.1.2** | Dyżury „pod telefonem” w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych; | Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale od min-do max |
|   | ………...…min. h. - ……..….max. h. |
| 2 | **III.2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Zakładzie Patologii - diagnostyka histopatologiczna.** | **III.2.1** | stawka za 1 badanie histopatologiczne | Oferowana liczba badań w przedziale od min-do max |
|   | ……...…..…min. - ………...….max. |
| **III.2.2** | stawka za 1 badanie immunohistochemiczne | Oferowana liczba badań w przedziale od min-do max |
|   | ……...…..…min. - ………...….max. |
| **III.2.3** | stawka za 1 badanie cytologiczne | Oferowana liczba badań w przedziale od min-do max |
|   | ……...…..…min. - ………...….max. |
| 3 | **III.3. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Urologii – ordynacja i/lub dyżury „pod telefonem”, świadczenie usług w ramach przyjazdu na wezwanie i/lub praca w Poradni Urologicznej.** | **III.3.1** | stawka za 1h udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach ordynacji (tj. od poniedziałku do piątku) oraz w ramach przyjazdu z dyżuru „pod telefonem” na wezwanie. | Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale od min-do max |
|   | ………...…min. h. - ……..….max. h. |
| **III.3.2** | stawka za 1h świadczenia dyżuru „pod telefonem” | Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale od min-do max |
|   | ………...…min. h. - ……..….max. h. |
| **III.3.3** | Proponowana stawka za 1 punkt od procedury stanowiącej 50% liczby punktów prawidłowo sprawozdanych i rozliczonych do NFZ zgodnie z katalogiem ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych - usługa w Poradni Urologicznej\* | Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale od min-do max |
| Stawka za 1 punkt …………………… | ………...…min. h. - ……..….max. h. |
| 4 | **III.4. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Poradni Chirurgii Dziecięcej.** | **III.4.1** | Proponowana stawka za 1 punkt od procedury stanowiącej 50% liczby punktów prawidłowo sprawozdanych i rozliczonych do NFZ zgodnie z katalogiem ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych - usługa w Poradni Chirurgii Dziecięcej. | Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale od min-do max  |
| Stawka za 1 punkt …………………… | ………...…min. h. - ……..….max. h. |
| 5 | **III.5. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego przez lekarzy w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (SOR) - dyżury.** | **III.5.1** | stawka za 1h świadczenia dyżuru w dni od poniedziałku do piątku. | Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale od min-do max |
|   | ………...…min. h. - ……..….max. h. |
| **III.5.2** | stawka za 1h świadczenia dyżuru w soboty, niedziele i święta | Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale od min-do max |
|   | ………...…min. h. - ……..….max. h. |
| **\* Wynagrodzenie nie może być łączone z wynagrodzeniem z tytułu ordynacji lub dyżuru.** |

Uwaga:

1. W kolumnach, gdzie wskazano, aby podać proponowane wynagrodzenie należy je wskazać dokładnie
i zgodnie z opisem w tabeli – stosowanie do danego zakresu, na który składana jest oferta.
2. Wynagrodzenie powinno zostać podane w złotych polskich cyfrowo.
3. Ceną oferty dla zakresu III.1. jest stawka za 1h świadczenia dyżuru w dni od poniedziałku do piątku, soboty, niedziele i święta oraz za 1h znieczulania do zabiegów operacyjnych kardiochirurgicznych plus stawka za 1h dyżuru „pod telefonem” w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych.
4. Ceną oferty dla zakresu III.2. jest stawka za 1 badanie histopatologiczne plus stawka za 1 badanie immunohistochemiczne plus stawka za 1 badanie cytologiczne.
5. Ceną oferty dla zakresu III.3. jest stawka za 1h udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach ordynacji (tj. od poniedziałku do piątku) i/lub stawka za 1h udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach przyjazdu z dyżuru „pod telefonem” na wezwanie i/lub stawka za 1 godzinę pełnienia dyżuru „pod telefonem” i/lub stawka za 1 punkt rozliczeniowy.
6. Ceną oferty dla zakresu III.4. jest stawka za 1 punkt rozliczeniowy.
7. Ceną oferty dla zakresów III.5. jest stawka za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru od poniedziałku do piątku plus stawka za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych
w ramach dyżuru 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/-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
przed podpisaniem 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. Przyjmuję do wiadomości, że Udzielający zamówienia dopuszcza zwiększenie zakresu i wartości umowy
o 25% (zakresy III.1.- III.4.) albo 30% (zakresy III.5.), na podstawie aneksu do umowy w sytuacjach wynikających z zapotrzebowania Udzielającego zamówienia.
15. Zobowiązuję się do niepodwyższania ceny za realizację świadczeń przez okres trwania umowy.

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

**Tabela B.**

|  |
| --- |
| **KRYTERIA OCENY PUNKTOWEJ OFERTY – ZAKRES LEKARSKI** |
| **KRYTERIUM - KWALIFIKACJE** | **WAGA** | **Właściwe zaznaczyć krzyżykiem** |
| **1. KWALIFIKACJE ZAWODOWE\*** |
| **1.1. TYTUŁ NAUKOWY / STOPIEŃ NAUKOWY W DZIEDZINIE MEDYCYNY (wpisać, jeśli Oferent posiada - należy wpisać tylko jeden tytuł (dr med. lub dr hab. lub profesor)** |
|  | 1 pkt |   |
| **1.2. POSIADANE SPECJALIZACJE (INNE NIŻ WYMAGANA DLA PROFILU ODDZIAŁU/KOMÓRKI, NA KTÓRĄ SKŁADANA JEST OFERTA), należy wpisać, jeśli Oferent posiada** |
|  | 3 pkt |   |
|  | 3 pkt |   |
|  | 3 pkt |  |

**\* CZ. 1 FORMULARZA** - Punkty uzyskane w części 1 (kwalifikacje zawodowe) sumują się – kwalifikacje należy potwierdzić załączeniem kserokopii stosownego dokumentu.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **KRYTERIUM - DOŚWIADCZENIE** | **WAGA** | **Właściwe zaznaczyć krzyżykiem** |
| **2. DOTYCHCZASOWE, NIENAGANNE ŚWIADCZENIE PRACY LUB USŁUG W ZAWODZIE LEKARZA w latach\*\* – potwierdzone opinią bezpośredniego przełożonego jako warunek konieczny uwzględnienia oceny.** |
| brak | 0 pkt |   |
| do 2 lat | 1 pkt |   |
| powyżej 2 do 4 lat | 2 pkt |   |
| powyżej 4 lat do 8 lat | 3 pkt |   |
| powyżej 8 | 5 pkt |  |
| \*\* Do obliczeń stosuje się każdy pełny rok kalendarzowy pracy. Punkty z kolejnych lat nie sumują się. |
| **KRYTERIUM - DOSTĘPNOŚĆ** | **WAGA** | **Właściwe zaznaczyć krzyżykiem** |
| **3. DOSTĘPNOŚĆ** |
| **3.1. DEKLAROWANA minimalna LICZBA GODZIN ŚWIADCZENIA USŁUG:**  |
| **3.1.1. W ZAKRESIE ORDYNACJI W MIESIĄCU (dot. zakresu III.3.)** |
| Do 145 | 5 pkt |  |
| 146-180 | 3 pkt |  |
| 181-240 | 1 pkt |  |
| Powyżej 240 | 0 pkt |  |
| **3.1.2. W ZAKRESIE DYŻURÓW W MIESIĄCU (dot. zakresów III.1. i III.5.)** |
| Do 81 | 0 pkt |  |
| 82-160 | 3 pkt |  |
| 161-240 | 5 pkt |  |
| Powyżej 240 | 6 pkt |  |
| **3.1.3. DEKALROWANIA minimalna LICZBA GODZIN ŚWIADCZENIA USŁUG W MIESIĄCU****(dot. zakresu: III.4)** |
| Do 10 | 0 pkt |  |
| 11-25 | 1 pkt |  |
| 26-45 | 5 pkt |  |
| Powyżej 46 | 6 pkt |  |
| **3.2. W ZAKRESIE OKRESU TRWANIA UMOWY** |  |  |
| 1 rok  | 0 pkt |  |
| 2 lata | 3 pkt |  |
| 3 lata  | 5 pkt |  |

**\*Niepełną godzinę liczymy proporcjonalnie.**

**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 lub uwierzytelnione przez notariusza lub przez mocodawc**ę**