**Konkurs nr 262/2024 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 przez lekarzy w lokalizacji Spółki przy ul. Wójta Radtkego 1 - Szpital św. Wincentego a Paulo w następującym zakresie:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Zakres, na który jest składana oferta** | **Wskazanie Oferenta** | **Proponowane wynagrodzenie** | **Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale** **od min-do max (przy czym minimalna ilość godzin nie może wynosić 0)** |
| **1.** | **2.** | **3.** | **4.** | **5.** |
| 1 | **III.1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego z chorób wewnętrznych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (SOR) – Porady lekarskie**  |  | Proponowane wynagrodzenie – stawka za 1 godzinę świadczenia porady w dni powszednie ( od poniedziałku do piątku),  | Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale od min-do max |
| ………………zł |
| Proponowane wynagrodzenie – stawka za 1 godzinę świadczenia porady w soboty, niedziele i święta |
| ………………..zł |
| Proponowane wynagrodzenie – stawka za ocenę stanu pacjenta (triage), podstawową diagnostykę (badania laboratoryjne – pakiet podstawowy, EKG), obejmującą poradę lekarską, opiekę pielęgniarską, farmakoterapię w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym\*; |
|  ……………..zł |
|  Proponowane wynagrodzenie – stawka za rozszerzoną diagnostykę (badania laboratoryjne – pakiet dodatkowy, RTG przeglądowe, USG), konsultację, małe zabiegi w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym\*; |
|  ………………zł |
| Proponowane wynagrodzenie – stawka za rozszerzoną diagnostykę obrazową, monitorowanie podstawowych czynności życiowych, farmakoterapię (dożylna, doszpikowa), mały zabieg operacyjny w trybie ambulatoryjnym, badanie inwazyjne (nakłucie lędźwiowe, nakłucie jam ciała), inne badania dodatkowe w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym\*; |
|  ………………..zł |
| Proponowane wynagrodzenie – stawka za czynności związane z podtrzymaniem funkcji życiowych, rozszerzoną diagnostykę, prowadzenie infuzji dożylnych, endoskopię, resuscytację (ALS z użyciem urządzeń mechanicznych) w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym\*; |
|  …………………zł |
| Proponowane wynagrodzenie – stawka za jednodniową hospitalizację pacjenta w SOR – monitorowanie funkcji życiowych, rozszerzoną diagnostykę obrazową (angiotomografia, trauma scan, TK w znieczuleniu ogólnym u dzieci) w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym\*; |
|  ………………zł |
| Proponowane wynagrodzenie – stawka za jednodniową hospitalizację pacjenta na stanowisku IT – monitorowanie funkcji życiowych pacjenta wg karty wzmożonego nadzoru - stanowiącej odpowiednio załącznik nr 7 i 8 do zarządzenia Nr 8/2024/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26 stycznia 2024 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w zakresie świadczenia w izbie przyjęć, monitoring, sztuczną wentylację, farmakoterapię, dalszą diagnostykę, damage control w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.\* |
|  …………………..zł |

\* odpowiednio do zakresu świadczeń udzielanych pacjentom przez Przyjmującego zamówienie, bez względu na porę ich świadczenia oraz dzień – zwykły czy świąteczny.

Uwaga:

1. W kolumnach, gdzie wskazano, aby podać proponowane wynagrodzenie należy je wskazać dokładnie i zgodnie z opisem w tabeli.
2. Wynagrodzenie powinno zostać podane w złotych polskich cyfrowo.
3. Ceną ofert dla zakresu III.1. jest stawka za 1 godzinę świadczenia porady lekarskiej oraz stawki za poszczególne czynności dot. zakwalifikowania pacjenta do odpowiedniej kategorii - stanu zdrowia pacjenta w SOR

**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. Przyjmuję do wiadomości, że Udzielający zamówienia dopuszcza zwiększenie zakresu i wartości umowy
o 30%, na podstawie aneksu do umowy w sytuacjach wynikających z zapotrzebowania Udzielającego zamówienia.
14. Zobowiązuję się do niepodwyższania ceny za realizację świadczeń przez okres trwania umowy.
15. Zobowiązuję się przed podpisaniem umowy przedłożyć:

a) Oferent będący obywatelem RP: zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r. poz. 172 oraz z 2022 r. poz. 2600), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone
w przepisach prawa obcego – **albo** Oferent nie będący obywatelem RP: zaświadczenie o niekaralności
z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r. poz. 172 oraz z 2022 r. poz. 2600), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego oraz ponadto informację z rejestru karnego państwa obywatelstwa uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej
z kontaktami z dziećmi.

b) oświadczenie o państwie lub państwach, w których zamieszkiwał w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa\*,

 c) oraz jednocześnie z oświadczeniem z lit. b) informację z rejestrów karnych tych państw uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi.\*\*

\* Oświadczenie składane jest pod rygorem odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. Składający oświadczenie jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli następującej treści: "Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia". Klauzula ta zastępuje pouczenie organu
o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

\*\*Jeżeli prawo tych państw nie przewiduje wydawania informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi, przedkłada się informację z rejestru karnego tego państwa.

W przypadku gdy prawo państwa, z którego ma być przedłożona powyższa informacja nie przewiduje jej sporządzenia lub w danym państwie nie prowadzi się rejestru karnego, składa się oświadczenie o tym fakcie wraz z oświadczeniem\*\*\*, że Przyjmujący zamówienie nie był prawomocnie skazany w tym państwie za czyny zabronione odpowiadające przestępstwom określonym w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a
i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii oraz nie wydano wobec niego innego orzeczenia, w którym stwierdzono, iż dopuścił się takich czynów zabronionych, oraz że nie ma obowiązku wynikającego z orzeczenia sądu, innego uprawnionego organu lub ustawy stosowania się do zakazu zajmowania wszelkich lub określonych stanowisk, wykonywania wszelkich lub określonych zawodów albo działalności, związanych z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem, świadczeniem porad psychologicznych, rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizacją innych zainteresowań przez małoletnich, lub z opieką nad nimi.

\*\*\* Oświadczenie składane jest pod rygorem odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. Składający oświadczenie jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli następującej treści: "Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia". Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

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

|  |
| --- |
| **KRYTERIA OCENY PUNKTOWEJ OFERTY – ZAKRES LEKARSKI** |
| **KRYTERIUM - KWALIFIKACJE** | **WAGA** | **Właściwe zaznaczyć krzyżykiem** |
| **1. KWALIFIKACJE ZAWODOWE\*** |
| **1.1. TYTUŁ NAUKOWY / STOPIEŃ NAUKOWY W DZIEDZINIE MEDYCYNY:** |
| PROFESOR | 5 pkt |   |
| DOKTOR HABILITOWANY N. MED. | 4 pkt |  |
| DOKTOR N. MED. | 3 pkt |  |
| **1.2. POSIADANE SPECJALIZACJE (INNE NIŻ WYMAGANA DLA PROFILU ODDZIAŁU, 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\*\***  |
| 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. DYSPOZYCYJNOŚĆ**  |
| **3.1. DEKLAROWANA minimalna LICZBA GODZIN ŚWIADCZENIA USŁUG W MIESIĄCU (zaznaczyć odpowiednio do składanej oferty):**  |
| **3.1.2. W ZAKRESIE PORADY** |  |  |
| Do 81 | 0 pkt |  |
| 82-160 | 3 pkt |  |
| 161-240 | 5 pkt |  |
| Powyżej 240 | 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**