Konkurs nr 27/2018 **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 przy ul. Powstania Styczniowego 1, Gdynia – Szpital Morski im. PCK w zakresie (\*właściwe zaznaczyć krzyżykiem – można wskazać wyłącznie jeden zakres):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zakres, na który jest składana oferta** | | | **Wskazanie Oferenta** |
| **III.1. Świadczenie usług medycznych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Chirurgii Onkologicznej z pododdziałem chirurgii nowotworów piersi, skóry i tkanek miękkich – dyżury oraz udzielanie porad ambulatoryjnych w zakresie lekarza specjalisty - chirurga ogólnego w Poradni Chirurgii Onkologicznej** | | |  |
| **Proponowane wynagrodzenie** | | **Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale**  **od min-do max** |
| Proponowane wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę świadczenia usług dyżuru w dni powszednie i soboty |  |  |
| Proponowane wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę świadczenia usług dyżuru w niedziele i święta |  |
| Proponowane wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę świadczenia usług w Poradni Chirurgii Onkologicznej |  |
| **Zakres, na który jest składana oferta** | | | **Wskazanie Oferenta** |
| **III.2. Świadczenie usług medycznych w ramach kontraktu lekarskiego w Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Piersi w Gdyni w Gdyńskim Centrum Onkologii - koordynacja w zakresie medyczno – administracyjnym** | | |  |
| **Proponowane wynagrodzenie** | | **Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale**  **od min-do max** |
| Proponowane wynagrodzenie - stawka ryczałtowa za miesiąc kalendarzowy koordynacji |  |  |

Uwaga:

1. W kolumnach, gdzie wskazano, aby podać proponowane wynagrodzenie należy je wskazać dokładnie i zgodnie z opisem w tabeli (za godzinę lub ryczałt miesięczny za koordynację – stosowanie do danego zakresu, na który składana jest oferta).
2. Wynagrodzenie należy podać w złotych polskich cyfrowo – traktowane będzie to jako cena oferty.
3. Ceną oferty dla zakresu III.1. jest suma: stawka za 1 godzinę świadczenia dyżuru w dni powszednie i soboty plus stawka za 1 godzinę świadczenia dyżuru w niedziele i święta plus stawka za 1 godzinę świadczenia usługi w Poradni.
4. Ceną oferty dla zakresu III.2. stawka za 1 miesiąc kalendarzowy koordynacji.

**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 – wykaz w załączeniu\*.
2. 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).
3. 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.
4. Załączone kserokopie dokumentów wykonane zostały z oryginału dokumentu, a zawarte w nich dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
5. Dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień składania oferty.
6. Zobowiązuję się do pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach wyznaczonych przez Udzielającego zamówienia.
7. Posiadam ubezpieczenie o odpowiedzialności cywilnej /zawrę umowę o odpowiedzialności cywilnej i dostarczę kopię polisy najpóźniej w terminie podpisania umowy\*\*.
8. Samodzielnie rozliczam się z urzędem skarbowym i ZUS-em.
9. Zgłosiłam/-łem swoją działalność gospodarczą w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych celem rozliczenia z tytułu ubezpieczenia społecznego oraz ubezpieczenia zdrowotnego.
10. Zobowiązuję się do dostarczenia w dniu zawarcia umowy kserokopii dokumentu potwierdzającego ukończenie kurs BHP oraz stosownych zaświadczeń lekarskich.
11. Oświadczam, że nie byłam/-em karana/-y za przewinienia/przestępstwa umyślne.
12. 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 z chwilą podpisania umowy o świadczenie usług zdrowotnych złożę w wniosek o rozwiązanie łączącej mnie ze Spółką Szpitale Pomorskie Sp. z o.o. umowy za porozumieniem stron.
13. 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.
14. Zobowiązuję się do nie podwyższania 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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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/KOMÓRKI, NA KTÓRĄ SKŁADANA JEST OFERTA), należy wpisać, jeśli Oferent posiada** | | |
|  | 3 pkt |  |
|  | 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. | | |
|  | | |
| *RAZEM LICZBA PUNKTÓW: ..........................* |  | |
|  | (data i podpis Oferenta (pieczątka) / upoważnionego przedstawiciela Oferenta) | |

**OŚWIADCZENIE**

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez spółkę Szpitale Pomorskie Sp. z o.o., ul. Powstania Styczniowego 1, 81-519 Gdynia, dla potrzeb niezbędnych do realizacji świadczeń medycznych określonych w ofercie/umowie, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. z 2016r., poz. 922). Przyjmuję do wiadomości, że przysługuje mi prawo wglądu do treści moich danych oraz ich poprawiania.*

……………………………………………

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

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