Konkurs nr 28/2018 **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 usług w zakresie uprawnień fizyka medycznego w lokalizacji przy ul. Powstania Styczniowego 1, Gdynia - Szpital Morski im. PCK w zakresie (\*właściwe zaznaczyć krzyżykiem – można wskazać wyłącznie jeden zakres):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Zakres, na który jest składana oferta** | **Wskazanie Oferenta** | **Proponowane wynagrodzenie** | **Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale** **od min-do max** |
| **1.** | **2.** | **3.** | **4.** | **5.** |
| 1. | Wykonywanie czynności fizyka w Zakładzie Fizyki Medycznej wraz z Kierowaniem Zakładem Fizyki Medycznej.  |  | Proponowane wynagrodzenie - stawka za 1 punkt rozliczeniowy | Proponowane wynagrodzenie - stawka ryczałtowa za Kierowanie Zakładem Fizyki Medycznej | Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale od min-do max |
|  |  |  |
| 2. | Wykonywanie czynności fizyka w Zakładzie Fizyki Medycznej. |  | Proponowane wynagrodzenie - stawka za 1 punkt rozliczeniowy | Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale od min-do max |
|  |  |

Uwaga:

1. W kolumnach, gdzie wskazano, aby podać proponowane wynagrodzenie należy je wskazać dokładnie i zgodnie z opisem w tabeli (za punkt rozliczeniowy lub Kierowanie – stosowanie do danego zakresu, na który składana jest oferta).
2. Wynagrodzenie powinno zostać podane w złotych polskich cyfrowo.
3. Ceną oferty dla zakresu 1. jest suma: stawka za 1 punkt plus stawka ryczałtowa za Kierowanie Zakładem Fizyki Medycznej
4. Ceną oferty dla zakresu 2 jest stawka za 1 punkt rozliczeniowy.

**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 – wykaz w załączeniu\*.
2. Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do usług objętych przedmiotem zamówienia, wymagane Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, 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), co najmniej roczny staż pracy na stanowisku fizyka.
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

A) wykaz świadczeń zdrowotnych (procedur) wraz z wyceną punktową ujęto w Załączniku nr1a.

|  |
| --- |
| **KRYTERIA OCENY PUNKTOWEJ OFERTY – ZAKRES FIZYKA** |
| **KRYTERIUM** | **WAGA** | **Właściwe zaznaczyć krzyżykiem** |
| **1. KWALIFIKACJE ZAWODOWE\*** |
| **1.1. TYTUŁ NAUKOWY / STOPIEŃ NAUKOWY W DZIEDZINIE FIZYKI:** |
| PROFESOR |  4  | pkt |   |
| DOKTOR HABILITOWANY N. FIZYCZNYCH. |  3  | pkt |   |
| DOKTOR N. FIZYCZNYCH. |  2  | pkt |   |
| **1.2. INNE KRYTERIUM OCENY - JEŚLI WSKAZANE W OFERCIE** |
| POSIADANA SPECJALIZACJA W DZIEDZINIE FIZYKA MEDYCZNA | 2 | pkt |  |
| POSIADANE KURSY/ UPRAWNIENIA POTWIERDZONE STOSOWNYM CERTYFIKATEM/ZAŚWIADCZENIEM  |  1  | pkt |   |
| POSIADANE OKREŚLONE DOŚWIADCZENIE INNE NIŻ STAŻ PRACY.  |  1  | pkt |   |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **KRYTERIUM** | **WAGA** | **Właściwe zaznaczyć krzyżykiem** |
| **2. DOTYCHCZASOWE, NIENAGANNE ŚWIADCZENIE PRACY LUB USŁUG NA RZECZ podmiotu leczniczego: spółki Szpitale Wojewódzkie w Gdyni sp. z o. o. w latach\*\* - POTWIERDZONE OPINIĄ BEZPOŚREDNIEGO PRZEŁOŻONEGO – warunek konieczny uwzględnienia oceny.** |
| brak | - | pkt |   |
| do 1 roku do 5 lat | 1 | pkt |   |
| od 6 lat do 10 lat | 2 | pkt |   |
| od 11 lat do 15 lat | 3 | pkt |   |
| od 16 lat do 20 lat | 4 | pkt |  |
| Powyżej 20 lat | 5 | pkt |  |
| \*\* Do obliczeń stosuje się każdy pełny rok kalendarzowy pracy. Punkty z kolejnych lat nie sumują się. |
| **KRYTERIUM** | **WAGA** | **Proszę przy odpowiednim przedziale wpisać deklarowaną liczbę godzin** |
| **3. DYSPOZYCYJNOŚĆ** |
| **3.1. DEKLAROWANA MINIMALNA LICZBA GODZIN ŚWIADCZENIA USŁUG W MIESIĄCU: (proszę wpisać konkretną liczbę godzin).** |
| Poniżej 160 | 3 | pkt |   |
| 160-189 | 2 | pkt |   |
| 190-200 | 1 | pkt |   |
| Powyżej 200 | - | pkt |   |
| **KRYTERIUM** | **WAGA** | **Proszę przy odpowiednim przedziale wpisać proponowaną stawkę godzinową** |
| **4.** **OFEROWANA STAWKA za 1 punkt** **czynności : (Proszę w ofercie wpisać konkretną stawkę)** |
| **4.1. STAWKA ZA 1 punkt:** |  |
|  Powyżej 9,00 | - | pkt |   |
|  Od 8,00 do 8,90 | 1 | pkt |   |
|  Od 7,00 do 7,90 | 3 | pkt |   |
|  Od 6,00 do 6,90  | 5 | pkt |   |
| Poniżej 6,00 | 7 | pkt |  |
| **4,2 STAWKA MIESIĘCZNA RYCZAŁTU ZA KIEROWANIE ZAKŁADEM FIZYKI MEDYCZNEJ** |  |  |  |
| PONIŻEJ 1000,00 zł | 5 | Pkt |  |
| Od 1000,00 do 1499,00 zł | 3 | Pkt |  |
| Od 1500,00 do 1999,00 | 1 | Pkt |  |
| Od 2000,00 zł i powyżej | - | pkt |  |
|  |
|  |   |
| *RAZEM LICZBA PUNKTÓW: ..........................*  | ( data i podpis Oferenta (pieczątka) / upoważnionego przedstawiciela Oferenta) |
| Szpitale Pomorskie Sp. z o.o. – Konkurs ofert w zakresie świadczeń/usług zdrowotnych - Gdynia 2018 |   |   |   |   |   |

**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