

Konkurs nr 48/2018

Załącznik nr 1

**FORMULARZ OFERTOWY  
Z KRYTERIAM OCENY PUNKTOWEJ**

(Warunki lokalowe, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny oraz środki transportu i łączności (jeśli dotyczy 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 w zakresie czynności technika elektroradiologii w lokalizacji przy ul. Wójta Radtkego 1, Gdynia - Szpital Św. Wincentego a Paulo w zakresie (\*właściwe zaznaczyć krzyżykiem):

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.	<b>III.1.</b> Świadczenie usług medycznych w ramach kontraktu przez technika elektroradiologii w Pracowni EKG			

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 jest stawka za 1 godzinę świadczenia usługi.

**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 pozostawiania 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 kursu 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. w Gdyni świadczę pracę/nie świadczę pracy<sup>\*\*</sup>) na podstawie stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej. W przypadku pozostawiania w zatrudnieniu na podstawie stosunku pracy lub udzielania świadczeń w ramach umowy cywilnoprawnej w zakresie pokrywającym się z przedmiotem niniejszego konkursu, oświadczam, że z chwilą podpisania umowy o świadczenie usług zdrowotnych złożę w wniosek o rozwiązanie łączącej mnie ze Spółką Szpitale Pomorskie w Gdyni umowy za porozumieniem stron.
13. Zobowiązuję się do nie podwyższania ceny za realizację świadczeń przez okres trwania umowy.
14. 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.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis Oferenta / upoważnionego  
przedstawiciela\*\*\*- wraz z pieczętą

\*\* ) niepotrzebne skreślić

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

### KRYTERIA OCENY PUNKTOWEJ OFERTY – ZAKRES TECHNIKA ELEKTORADIOLOGII

KRYTERIUM	WAGA		Właściwe zaznaczyć krzyżykiem
<b>I. DYSPOZYCYJNOŚĆ</b>			
<b>I.1. DEKLAROWANA minimalna LICZBA GODZIN ŚWIADCZENIA USŁUG W MIESIĄCU</b>			
Do 160	0	pkt	
161-200	1	pkt	

201-240	2	pkt	
Powyżej 241	3	pkt	

**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.**

KRYTERIUM - DOŚWIADCZENIE	WAGA	
<b>3. DOTYCHCZASOWE, NIENAGANNE ŚWIADCZENIE PRACY LUB USŁUG W ZAWODZIE TECHNIKA ELEKTORADIOLOGII potwierdzone opinią bezpośredniego przełożonego</b>		
do 2 lat	0	pkt
powyżej 2 do 8 lat	1	pkt
powyżej 8 lat	2	pkt
** Do obliczeń stosuje się każdy pełny rok kalendarzowy pracy. Punkty z kolejnych lat nie sumują się.		

RAZEM LICZBA PUNKTÓW: .....

( data i podpis Oferenta (pieczętka) /  
upoważnionego przedstawiciela  
Oferenta)

## 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 Inspektorem Pani/Pana Ochrony Danych 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 Inspektorem Ochrony Danych za pomocą adresu e-mail: [iod@szpitalepomorskie.eu](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 technika elektoradiologii, 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 Inspektora Ochrony Danych 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 uprawnionym do kontroli działalności spółki Szpitale Pomorskie, w tym w zakresie prawidłowości konkursów przeprowadzanych zgodnie z przepisami ustawy o działalności leczniczej, podmiotom świadczącym obsługę prawną spółki Szpitale Pomorskie oraz operatorom telekomunikacyjnym świadczącym usługi teleinformatyczne na rzecz Inspektora Ochrony Danych. 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 Inspektora Ochrony Danych 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](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 – Inspektora Ochrony Danych, w celu:

1. wykorzystania podanych przeze mnie dobrowolnie danych osobowych w celu przeprowadzenia konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych technika elektroradiologii w spółce Szpitale Pomorskie, na jakie złożyłem/am ofertę konkursową zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych #.

TAK

NIE

2. używania przez spółkę Szpitale Pomorskie telekomunikacyjnych urządzeń końcowych, których jestem użytkownikiem, dla celów przeprowadzenia konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych technika elektroradiologii w spółce Szpitale Pomorskie, w szczególności przeprowadzenia konkursu oraz prowadzenia negocjacji.

TAK

NIE

.....  
(data, czytelny podpis)

# Niewyrażenie zgody wiąże się z niemożliwością wzięcia udziału w konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez technika elektroradiologii prowadzonym przez Inspektora Ochrony Danych.

Potwierdzam poprawność podanych powyżej moich danych osobowych i dobrowolność ich przekazania.

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

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