Konkurs nr 46/2018 **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 pielęgniarki w lokalizacji przy ul. Wójta Radtkego 1, Gdynia - Szpital Św. Wincentego a Paulo w zakresie (*właściwe zaznaczyć krzyżykiem – można wskazać więcej niż jeden zakres):

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.	III.1. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii – część Intensywna Terapia			
2.	III.2. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę w Oddziale Chirurgicznym Ogólnym			
3.	III.3. Świadczenie usług medycznych			

	przez pielęgniarkę w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej			
4.	III.4. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę na Bloku Operacyjnym			
5.	III.5. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii – część Anestezjologia			
6.	III.6. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę w Oddziale Neurologicznym/Udarowym			
7.	III.7. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę w Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej			
8.	III.8. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę w Oddziale Urologicznym			
9.	III.9. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę w Oddziale Kardiologii (Kardiologia VII)			
10.	III.12. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę w Oddziale Otorynolaryngologicznym			
11.	III.12. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę w Planowej Izbie Przyjęć			

Uwaga:

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.
4. Uwaga: wynagrodzenie nie obejmuje dodatku dla pielęgniarek, tj. wzrostu wynagrodzenia wynikającego z przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 roku zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 12 września 2017 roku (Dz.U. z 2015 r. poz 1628) zgodnie z treścią odpowiednich Porozumień płacowych (tzw. „zębalowe”).

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 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. w Gdyni świadczę pracę/nie świadczę pracy**) na podstawie stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej. W przypadku pozostawania w zatrudnieniu na podstawie stosunku pracy lub udzielania świadczeń w ramach umowy cywilnoprawnej, 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 pieczątką

**) niepotrzebne skreślić

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

KRYTERIA OCENY PUNKTOWEJ OFERTY – ZAKRES PIELĘGNIARSKI			
KRYTERIUM	**WAGA**		**Właściwe zaznaczyć krzyżykiem**
1. KWALIFIKACJE ZAWODOWE*			
1.1. TYTUŁ SPECJALISTY W DZIEDZINIE: (Punktowane są tylko te kwalifikacje, które mają zastosowanie przy udzielaniu świadczeń określonego zakresu)			
Pielęgniarstwo Anestezjologiczne i Intensywnej Opieki (Zakresy: III.1, III.5, III.6, III.7, III.9)	3	pkt	
Pielęgniarstwo Chirurgiczne (Zakresy: III.2, III.3, III.8, III.10, III.11)	3	pkt	
Pielęgniarstwo Geriatryczne (Zakres; III.6)	3	pkt	
Pielęgniarstwo Internistyczne (Zakresy: III.6, III.7, III.9, III.11)	3	pkt	
Pielęgniarstwo Operacyjne (Zakresy: III.2, III.3, III.4, III.8, III.10)	3	pkt	
Pielęgniarstwo Zachowawcze (Zakresy: III.6, III.7, III.9, III.11)	3	pkt	
Pielęgniarstwo Onkologiczne (Zakres: III.6)	3	pkt	
Pielęgniarstwo Opieki Paliatywnej (Zakre:s III.6)	3	pkt	
Pielęgniarstwo Diabetologiczne (Zakres: III.6)	3	pkt	
Pielęgniarstwo Kardiologiczne (Zakresy : III.7, III.9, III.11)	3	pkt	
KRYTERIUM	**WAGA**		**Właściwe zaznaczyć krzyżykiem**
1.2. KURSY KWALIFIKACYJNE W DZIEDZINIE: (Punktowane są tylko te kwalifikacje, które mają zastosowanie przy udzielaniu świadczeń określonego rodzaju.)			
KRYTERIUM	**WAGA**		**WŁAŚCIWE ZAZNACZYĆ KRZYZYKIEM**
Pielęgniarstwo Anestezjologiczne i Intensywnej Opieki (Zakresy: III.1, III.5, III.6, III.7, III.9)	1	pkt	
Pielęgniarstwo Chirurgiczne (Zakres: III.11)	1	pkt	
Pielęgniarstwo Geriatryczne (Zakres :III.6)	1	pkt	

Pielęgniarstwo Internistyczne (Zakresy: III.6, III.7, III.9, III.11)	1	pkt	
Pielęgniarstwo Operacyjne (Zakresy: III.2, III.3, III.4, III.8, III.10)	1	pkt	
Pielęgniarstwo Zachowawcze (Zakresy: III.6, III.7, III.9, III.11)	1	pkt	
Pielęgniarstwo Onkologiczne (Zakres: III.6)	1	pkt	
Pielęgniarstwo Opieki Paliatywnej (Zakres: III.6)	1	pkt	
Pielęgniarstwo Diabetologiczne (Zakres: III.6)	1	pkt	

*** CZ. 1 FORMULARZA** - Punkty uzyskane w części 1 (kwalifikacje zawodowe) sumują się – kwalifikacje należy potwierdzić załączeniem kserokopii stosownego dokumentu. Nie sumują się punkty za specjalizację i kurs z tej samej dziedziny.

KRYTERIUM	WAGA		Właściwe zaznaczyć krzyżykiem
2. DYSPOZYCYJNOŚĆ			
2.1. DEKLAROWANA minimalna LICZBA GODZIN ŚWIADCZENIA USŁUG W MIESIĄCU			
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	
3. DOTYCHCZASOWE, NIENAGANNE ŚWIADCZENIE PRACY LUB USŁUG W ZAWODZIE PIELĘGNIARKI potwierdzone opinią bezpośredniego przełożonego		
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 (pieczątka) / 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 InspektorPani/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 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 pielęgniarki/położnej, 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 uprawionym do kontroli działalności spółki Szpitale Pomorskie, w tym w zakresie prawidłowości konkursów przeprowadzanych zgodnie z przepisami ustawy o działalności leczniczej, organom samorządu pielęgniarskiego, 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 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 pielęgniarki/położnej 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 pielęgniarki/położnej 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 pielęgniarki/położnej 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