Konkurs nr 19/2019 **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 następującej lokalizacji Spółki: przy ul. Jagalskiego 10, Wejherowo – Szpital im. F. Ceynowy w następującym zakresie:

<table>
<tr><th>Lp.</th><th>Zakres, na który jest składana oferta</th><th>Wskazanie Oferenta</th><th colspan="2">Proponowane wynagrodzenie</th><th colspan="2">Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale od min-do max</th></tr>
<tr><td>1.</td><td>2.</td><td>3.</td><td colspan="2">4.</td><td colspan="2">5.</td></tr>
<tr><td rowspan="3">1</td><td rowspan="3"><u>III.1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii – ordynacja i dyżury.</u></td><td rowspan="3"></td><td>Proponowane wynagrodzenie - stawka za 1h świadczenia <u>ordynacji.</u></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">Proponowane wynagrodzenie – stawka za 1 h świadczenia <u>dyżuru.</u></td><td rowspan="2"></td><td>Ilość dyżurów 16 h</td><td>Ilość dyżurów 24h</td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="4">2</td><td rowspan="4"><u>III.2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Okulistyki – ordynacja i dyżury wraz z poradnią</u></td><td rowspan="4"></td><td>Proponowane wynagrodzenie - stawka za 1h świadczenia <u>ordynacji.</u></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>Proponowane wynagrodzenie – stawka za 1 h świadczenia <u>dyżuru.</u></td><td></td><td>Ilość dyżurów 16 h</td><td>Ilość dyżurów 24h</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">Wynagrodzenie - … % wartości procedury wg obowiązującego w dniu udzielania świadczenia katalogu JGP, za każde udzielone w ramach umowy świadczenie.</td><td>Min</td><td>Max</td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
</table>

3	**III.3. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Okulistyki – AMD**		Realizacja programu AMD	iniekcja plus diagnostyka od 1 pacjenta			
				kontrola plus diagnostyka od 1 pacjenta			
4	**III.4. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu z pododdziałem Chirurgii Ręki – ordynacja i dyżury wraz z poradnią.**		Proponowane wynagrodzenie - stawka za 1h świadczenia **ordynacji.**				
			Proponowane wynagrodzenie – stawka za 1 h świadczenia **dyżuru.**			Ilość dyżurów 16 h	Ilość dyżurów 24 h
			Wynagrodzenie - … % wartości procedury wg obowiązującego w dniu udzielania świadczenia katalogu JGP, za każde udzielone w ramach umowy świadczenie.			Min	Max
5	**III.5. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym – ordynacja i dyżury**		Proponowane wynagrodzenie - stawka za 1h świadczenia **ordynacji.**				
			Proponowane wynagrodzenie – stawka za 1 h świadczenia **dyżuru.**			Min	Max
6	**III.6. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Zespołach Ratownictwa Medycznego – dyżury**		Proponowane wynagrodzenie – stawka za 1 h świadczenia **dyżuru.**			Min	Max
7	**III.7 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w dziedzinie psychiatrii – konsultacje**		Proponowane wynagrodzenie – stawka za 1 konsultację				
8	**III.8 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Dermatologicznej**		Wynagrodzenie - … % wartości procedury wg obowiązującego w dniu udzielania świadczenia katalogu JGP, za każde udzielone w ramach umowy świadczenie.			Min	Max

Uwaga:

1. W kolumnach, gdzie wskazano, aby podać proponowane wynagrodzenie należy je wskazać dokładnie i zgodnie z opisem w tabeli.
2. Wynagrodzenie należy podać w złotych polskich cyfrowo.

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 niepodwyższania 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

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

2. 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/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	
KRYTERIUM - DYSPOZYCYJNOŚĆ	**WAGA**	**Właściwe zaznaczyć krzyżykiem**
3. DYSPOZYCYJNOŚĆ		
3.1. DEKLAROWANA minimalna LICZBA GODZIN ŚWIADCZENIA USŁUG W MIESIĄCU - ŁĄCZNA:)		
Do 160	0 pkt	
161-200	1 pkt	
201-240	3 pkt	
Powyżej 240	5 pkt	
** Do obliczeń stosuje się każdy pełny rok kalendarzowy pracy. Punkty z kolejnych lat nie sumują się.		

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 mocodawcę