

Konkurs nr 37/2019

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 pielęgniarki/położnej w lokalizacji przy ul. Powstania Styczniowego 1, Gdynia - Szpital Morski im. PCK w zakresie (*właściwe zaznaczyć krzyżykiem – można wskazać więcej niż jeden zakres):

Lp.	Zakres, na który jest składana oferta	Wskaźnik Oferty	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 anestezjologiczną w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii – część Anestezjologiczna.			
2.	III.2. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę/położną w Oddziale Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka.			
3.	III.3. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę operacyjną na Bloku Operacyjnym.			
4.	III.4. Świadczenie usług medycznych przez położną w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym.			
5.	III.5. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę w Oddziale Chirurgii Onkologicznej.			
6.	III.6. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę w Oddziale Pulmonologicznym.			
7.	III.7. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę w Izbie Przyjęć Internistycznej.			

8.	III.8. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę w Izbie Przyjęć Ogólnej.			
9.	III.9. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę w Oddziale Onkologii i Radioterapii - Dział Onkologia Kliniczna.			
10.	III.10. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę w Poradni Medycyny Pracy.			
11.	III.11 Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę w Oddziale Onkologii i Radioterapii –Dział Onkologii Klinicznej - Profil Leczenia Jednego Dnia.			
12.	III.12. Świadczenie usług medycznych przez pielęgniarkę w Oddziale Hematologii i Transplantologii Szpiku.			

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 jedną godzinę świadczenia usług.
4. Uwaga: wynagrodzenie oferenta 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 ze zm.) zgodnie z treścią odpowiednich Porozumień płacowych (tzw. „zębאלowe”).

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/-em 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 w zakresie tożsamym z przedmiotem konkursu. W przypadku pozostawania w zatrudnieniu na podstawie stosunku pracy 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) 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
Oferenta***- wraz z pieczęcią

***) niepotrzebne skreślić

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

KRYTERIA OCENY PUNKTOWEJ OFERTY – ZAKRES PIEŁĘGNIARSKI/POŁOŻNEJ			
1. KWALIFIKACJE ZAWODOWE*			
1.1. TYTUŁ SPECJALISTY W DZIEDZINIE: (*Punktowane są tylko te kwalifikacje, które mają zastosowanie przy udzielaniu świadczeń określonego zakresu)			
KRYTERIUM	WAGA		Właściwe zaznaczyć krzyżykiem
Pielęgniarstwo Anestezjologiczne i Intensywnej Opieki (Zakresy: III.1, III.2, III.4, III.5, III.6, III.7, III.8)	3	pkt	
Pielęgniarstwo Zachowawcze (Zakresy: III.6, III.12)	3	pkt	
Pielęgniarstwo Onkologiczne (Zakresy: III.5, III.6, III.9, III.11, III.12)	3	pkt	
Pielęgniarstwo Internistyczne (Zakresy: III.6, III.7, III.8, III.10, III.12)	3	pkt	
Pielęgniarstwo Pediatriczne (Zakresy: III.2, III.8)	3	pkt	
Pielęgniarstwo Neonatologiczne (Zakres: III.2)	3	pkt	
Pielęgniarstwo Położniczo-Ginekologiczne (Zakres: III.4)	3	pkt	
Pielęgniarstwo Chirurgiczne (Zakresy: III.5, III.8)	3	pkt	
Pielęgniarstwo Rodzinne (Zakres: III.10)	3	pkt	
Pielęgniarstwo Ochrony Zdrowia Pracujących (Zakres: III.10)	3	pkt	
Pielęgniarstwo Ratunkowe	3	pkt	

(Zakresy: III.7, III.8.)			
Pielęgniarstwo Operacyjne (Zakres: III.3)	3	pkt	
Pielęgniarstwo Opieki Paliatywnej (Zakresy: III.9, III.11)	3	pkt	
1.2. KURSY KWALIFIKACYJNE W DZIEDZINIE: (*Punktowane są tylko te kwalifikacje, które mają zastosowanie przy udzielaniu świadczeń określonego rodzaju.)			
KRYTERIUM	WAGA		Właściwe zaznaczyć krzyżykiem
Pielęgniarstwo Anestezjologiczne i Intensywnej Opieki (Zakresy: III.1, III.2, III.4, III.6, III.7, III.8, III.12)	1	pkt	
Pielęgniarstwo Internistyczne (Zakresy: III.6, III.7, III.8, III.10, III.12)	1	pkt	
Pielęgniarstwo Neonatologiczne (Zakres: III.2)	1	pkt	
Pielęgniarstwo Pediatryczne (Zakres: III.2)	1	pkt	
Pielęgniarstwo Operacyjne (Zakresy: III.3, III.4)	1	pkt	
Pielęgniarstwo Onkologiczne (Zakresy: III.5, III.6, III.9, III.11)	1	pkt	
Pielęgniarstwo Chirurgiczne (Zakresy: III.5, III.8)	1	pkt	
Pielęgniarstwo Epidemiologiczne (Zakresy: III.4, III.5, III.7)	1	pkt	
Pielęgniarstwo Geriatryczne (Zakres: III.6)	1	pkt	
Pielęgniarstwo Diabetologiczne (Zakres: III.6)	1	pkt	
Pielęgniarstwo Ratunkowe (Zakresy: III.7, III.8)	1	pkt	
Pielęgniarstwo Opieki Paliatywnej (Zakresy: III.9, III.11)	1	pkt	
Pielęgniarstwo Opieki Długoterminowej (Zakresy: III.9, III.11)	1	pkt	
Pielęgniarstwo Rodzinne (Zakres III.10)	1	pkt	
Pielęgniarstwo Ochrony Zdrowia Pracujących (Zakres III.10)	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	WAGA	Właściwe zaznaczyć krzyżykiem
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
(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 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 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 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 uprawnionym do kontroli działalności spółki Szpital Pomorskie, w tym w zakresie prawidłowości konkursów przeprowadzanych zgodnie z przepisami ustawy o działalności leczniczej, organom samorządu zawodowego, podmiotom świadczącym obsługę prawną spółki Szpitala 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 Szpitala 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 Szpitala 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 pielęgniarki/położnej w spółce Szpitala Pomorskie, na jakie złożyłem/am ofertę konkursową zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych #.

TAK

NIE

2. używania przez spółkę Szpitala Pomorskie telekomunikacyjnych urządzeń końcowych, których jestem użytkownikiem, dla celów przeprowadzenia konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych pielęgniarki/położnej w spółce Szpitala Pomorskie, w szczególności przeprowadzenia konkursu oraz prowadzenia negocjacji.

TAK

NIE

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

Niewyrażenie zgody wiąże się z niemożliwością wzięcia udziału w konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych pielęgniarki/położnej prowadzonym przez Administratora Danych Osobowych.

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

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