**Konkurs nr 34/2019 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 lokalizacjach Spółki: przy ul. Powstania Styczniowego
1, Gdynia – Szpital Morski im. PCK/ul. Wójta Radtkego 1 – Szpital św. Wincentego a Paulo w następujących zakresach świadczeń:

|  |  |
| --- | --- |
| **ZAKRES, NA KTÓRY JEST SKŁADANA OFERTA** | **WSKAZANIE OFERENTA** |
| **III.1.Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza Patomorfologa wraz kierowaniem w Zakładzie Patomorfologii.** |  |
| **PROPONOWANE WYNAGRODZENIE** | **WARTOŚĆ w zł brutto**  |
| stawka za jednostkę rozliczeniową - podstawę wyliczenia ceny za diagnozowanie i konsultowanie preparatów histopatologicznych\* |  |
| stawka za jedną biopsję cienkoigłową pod kontrolą TK wraz z oceną histopatologiczną  |  |
| stawka za jedną biopsję cienkoigłową pod kontrolą USG wraz z oceną histopatologiczną  |  |
| stawka za jedną biopsję aspiracyjną cienkoigłową wraz z oceną histopatologiczną dla kontrahentów zewnętrznych  |  |
| stawka za jedno badanie śródoperacyjne  |  |
| stawka za wykonanie jednej sekcji zwłok \*\* |  |
| stawka ryczałtowa miesięczna za kierowanie Zakładem Patomorfologii |  |
| **ZAKRES, NA KTÓRY JEST SKŁADANA OFERTA** | **WSKAZANIE OFERENTA** |
| **III.2.Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza Patomorfologa wraz z kierowaniem Prosekturą** |  |
| **PROPONOWANE WYNAGRODZENIE** | **WARTOŚĆ w zł brutto**  |
| stawka za jednostkę rozliczeniową - podstawę wyliczenia ceny za diagnozowanie i konsultowanie preparatów histopatologicznych\* |  |
| stawka za jedną biopsję cienkoigłową pod kontrolą TK wraz z oceną histopatologiczną  |  |
| stawka za jedną biopsję cienkoigłową pod kontrolą USG wraz z oceną histopatologiczną  |  |
| stawka za jedną biopsję aspiracyjną cienkoigłową wraz z oceną histopatologiczną dla kontrahentów zewnętrznych  |  |
| stawka za jedno badanie śródoperacyjne  |  |
| stawka za wykonanie jednej sekcji zwłok \*\* |  |
| stawka ryczałtowa miesięczna za kierowanie Prosekturą |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ZAKRES, NA KTÓRY JEST SKŁADANA OFERTA** | **WSKAZANIE OFERENTA** |
| **III.3.Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza Patomorfologa.** |  |
| **PROPONOWANE WYNAGRODZENIE** | **WARTOŚĆ w zł brutto**  |
| stawka za jednostkę rozliczeniową - podstawę wyliczenia ceny za diagnozowanie i konsultowanie preparatów histopatologicznych\* |  |
| stawka za jedną biopsję cienkoigłową pod kontrolą TK wraz z oceną histopatologiczną  |  |
| stawka za jedną biopsję cienkoigłową pod kontrolą USG wraz z oceną histopatologiczną  |  |
| stawka za jedną biopsję aspiracyjną cienkoigłową wraz z oceną histopatologiczną dla kontrahentów zewnętrznych  |  |
| stawka za jedno badanie śródoperacyjne  |  |
| stawka za wykonanie jednej sekcji zwłok \*\* |  |

Uwaga:

**\*Proponowane wynagrodzenie dla każdego z zakresów należy wycenić dla dwóch wzorów:**

1. **Dla kontrahentów zewnętrznych Udzielającego zamówienia:**

Stawka rozliczeniowa w zł za diagnozowanie i konsultowanie preparatów histopatologicznych wykonanych w Pracowni Patomorfologii dla kontrahentów zewnętrznych Udzielającego zamówienia wraz z opisem w formie pisemnej – płatne zgodnie ze stawką rozliczeniową w wysokości: stawka za jednostkę rozliczeniową z kolumny nr 4 będącą podstawą wyliczenia ceny za usługę zgodnie ze wzorem: **SUMA= Sx(1xID+1xL+2xB),** gdzie:

S – to stawka za jednostkę rozliczeniową,

ID – to liczba badań (numerów ID, skierowań),

L-to liczba lokalizacji dla danego materiału,

B – to liczba bloków,

1. **Dla kontrahentów wewnętrznych Udzielającego zamówienia:**

Stawka rozliczeniowa w zł za diagnozowanie i konsultowanie preparatów histopatologicznych wykonanych w Pracowni Patomorfologii dla kontrahentów wewnętrznych Udzielającego zamówienia wraz z opisem w formie pisemnej – płatne zgodnie ze stawką rozliczeniową w wysokości: stawka za jednostkę rozliczeniową z kolumny nr 4 będącą podstawą wyliczenia ceny za usługę zgodnie ze wzorem: **SUMA= Sx(5xID+3xL+1xB),** gdzie:

S – to stawka za jednostkę rozliczeniową,

ID – to liczba badań (numerów ID, skierowań),

L-to liczba lokalizacji dla danego materiału,

B – to liczba bloków.

**\*\* Proponowane wynagrodzenie za wykonywanie sekcji zwłok jest niezależne od lokalizacji (może to być lokalizacja Udzielającego zamówienia lub podmiotu zewnętrznego).**

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.
3. Ceną oferty dla zakresów **III.1.,III.2., III.3** jest suma stawek:
4. za jednostkę rozliczeniową - podstawę wyliczenia ceny za diagnozowanie i konsultowanie preparatów histopatologicznych dla kontrahentów zewnętrznych i wewnętrznych Udzielającego zamówienia;
5. za jedną biopsję cienkoigłową pod kontrolą TK wraz z oceną histopatologiczną;
6. za jedną biopsję cienkoigłową pod kontrolą USG wraz z oceną histopatologiczną;
7. za jedną biopsję aspiracyjną cienkoigłową wraz z oceną histopatologiczną dla kontrahentów zewnętrznych Udzielającego zamówienia;
8. za jedno badanie śródoperacyjne;
9. za wykonanie jednej sekcji zwłok;

oraz tylko dla zakresu **III.1., III.2.** stawka ryczałtowa miesięczna za kierowanie.

**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 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.eulub 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

1. 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 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *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