

Konkurs nr 61/2019

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 ratowników medycznych w lokalizacji Szpitala Specjalistycznego im. F. Ceynowy w Wejherowie przy ul. A. Jagalskiego 10 w zakresie (*właściwe zaznaczyć krzyżykiem – można wskazać wyłącznie 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 w ramach kontraktu przez ratownika medycznego TRIAGE w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.			

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. Uwaga: wynagrodzenie nie obejmuje dodatku dla ratowników medycznych, tj. wzrostu wynagrodzenia wynikającego z przepisów porozumienia między Ministerstwem Zdrowia a ratownikami medycznymi zawarte w lipcu 01.07.2017r.

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 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. świadczę pracę/nie świadczę pracy**) na podstawie stosunku pracy w zakresie pokrywającym się 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/m wnioszek 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***- wraz z pieczęcią

***) niepotrzebne skreślić

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

CZ. 1 FORMULARZA - Punkty uzyskane w części 1 (kwalifikacje zawodowe) sumują się – kwalifikacje należy potwierdzić załączeniem kserokopii stosownego dokumentu.

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	5 pkt	
Powyżej 241	2 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	Właściwe zaznaczyć krzyżykiem
3. DOTYCHCZASOWE, NIENAGANNE ŚWIADCZENIE PRACY LUB USŁUG W ZAWODZIE RATOWNIKA MEDYCZNEGO potwierdzone opinią bezpośredniego przełożonego		
do 2 lat	0 pkt	
powyżej 2 do 8 lat	1 pkt	
powyżej 8 lat	5 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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez spółkę Szpitale Pomorskie Sp. z o.o., ul. Powstania Styczniowego 1, 81-519 Gdynia, dla potrzeb niezbędnych do realizacji świadczeń medycznych określonych w ofercie/umowie, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. z 2016r., poz. 922). Przyjmuję do wiadomości, że przysługuje mi prawo wglądu do treści moich danych oraz ich poprawiania.

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