Konkurs nr 204/2025 **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: ……..……

Tabela A

Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarza w lokalizacji Spółki: (zaznaczyć odpowiednio do składanej oferty (X)):	
Szpital Specjalistyczny im. F. Ceynowy w Wejherowie, **Wejherowo** ul. Dr A. Jagalskiego 10,	
Szpital Św. Wincentego a Paulo, **Gdynia** ul. Wójta Radtkego 1,	

Oferty można składać zarówno na jedną, jak i na dwie lokalizacje łącznie.

Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarza w lokalizacji Spółki przy ul. Dr A. Jagalskiego 10, kod 84-200 Wejherowo – Szpital Specjalistyczny im. F. Ceynowy w Wejherowie i/lub w lokalizacji przy ul. Wójta Radtkego 1, Gdynia - Szpital Św. Wincentego a Paulo w następujących zakresach:

Tabela B

Lp.	**Zakres, na który jest składana oferta**	**Wskazanie Oferenta**	**Proponowane wynagrodzenie za świadczenie usług zdrowotnych/Oferowana liczba godzin świadczenia usług**	
1.	2.	3.	4.	5.
1	**III.1.** Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego przez **lekarzy specjalistów** w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w lokalizacji przy ul. Dr A. Jagalskiego 10 w Wejherowie – Szpital	**III.1.1**	stawka za 1h świadczenia dyżuru w dni od poniedziałku do piątku. ……..……..……zł	Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale od min-do max **(przy czym minimalna liczba godzin nie może wynosić 0) (liczba godzin dotyczy jednej lub łącznie obu lokalizacji wskazanych w Tabeli A).** ……...….min. h. - ……...….max. h.

	Specjalistyczny im. F. Ceynowy i/lub przy ul. Wójta Radtkego 1 w Gdyni - Szpital Św. Wincentego a Paulo – dyżury.	**III.1.2**	stawka za 1h świadczenia dyżuru w soboty, niedziele i święta …….……..……zł	Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale od min-do max **(przy czym minimalna liczba godzin nie może wynosić 0)** **(liczba godzin dotyczy jednej lub łącznie obu lokalizacji wskazanych w Tabeli A).** ……...….min. h. - ……..….max. h.
		III.1.3	Stawka z tytułu uzyskania przez pacjenta określonej kategorii *** II - ……..……zł III - ……zł IV - ……zł V - ……..zł VI - ……zł	
2	**III.2.** Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego przez **lekarzy systemu bez tytułu specjalisty** w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w lokalizacji przy ul. Dr A. Jagalskiego 10 w Wejherowie – Szpital Specjalistyczny im. F. Ceynowy i/lub przy ul. Wójta Radtkego 1 w Gdyni - Szpital Św. Wincentego a Paulo – dyżury.	**III.2.1**	stawka za 1h świadczenia dyżuru w dni od poniedziałku do piątku. …….……zł	Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale od min-do max **(przy czym minimalna liczba godzin nie może wynosić 0)** **(liczba godzin dotyczy jednej lub łącznie obu lokalizacji wskazanych w Tabeli A).** ……...….min. h. - ……..….max. h.
		III.2.2	stawka za 1h świadczenia dyżuru w soboty, niedziele i święta …….……zł	Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale od min-do max **(przy czym minimalna liczba godzin nie może wynosić 0)** **(liczba godzin dotyczy jednej lub łącznie obu lokalizacji wskazanych w Tabeli A).** ……...….min. h. - ……..….max. h.
		III.2.3	Stawka z tytułu uzyskania przez pacjenta określonej kategorii *** II - …… ……zł III - ……zł IV - ……zł V - ……..zł VI - ……zł	

3	**III.3.** Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego przez **lekarzy** (nie będących lekarzami systemu i/lub nie posiadających tytułu specjalisty) w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w lokalizacji przy ul. Dr A. Jagalskiego 10 w Wejherowie – Szpital Specjalistyczny im. F. Ceynowy i/lub przy ul. Wójta Radtkego 1 w Gdyni - Szpital Św. Wincentego a Paulo – dyżury.	**III.3.1**	stawka za 1h świadczenia dyżuru w dni od poniedziałku do piątku. …….……zł	Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale od min-do max **(przy czym minimalna liczba godzin nie może wynosić 0) (liczba godzin dotyczy jednej lub łącznie obu lokalizacji wskazanych w Tabeli A).** ……..…min. h. - ……..….max. h.
		III.3.2	stawka za 1h świadczenia dyżuru w soboty, niedziele i święta …….……zł	Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale od min-do max **(przy czym minimalna liczba godzin nie może wynosić 0) (liczba godzin dotyczy jednej lub łącznie obu lokalizacji wskazanych w Tabeli A).** ……..…min. h. - ……..….max. h.
		III.3.3	Stawka z tytułu uzyskania przez pacjenta określonej kategorii *** II - ….……zł III - ……zł IV - ……zł V - ……zł VI - ……zł	

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.
3. Ceną oferty dla zakresów III.1. - III.3. jest stawka za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru w dni od poniedziałku do piątku plus stawka za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru w soboty, niedziele i święta.
4. ***Ceną oferty dla zakresów III.1. – III.3. jest dodatkowa stawka z tytułu uzyskania przez pacjenta kategorii określonej w aktualnym Zarządzeniu Prezesa NFZ (od II do VI) po wypisie z danego SOR – dotyczy pacjentów prawidłowo wykazanych i przyjętych przez NFZ. Szczegółowe zasady rozliczania tego wynagrodzenia określa projekt umowy stanowiący załącznik nr 3 do SWKO.

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 – (zastrzeżenia do umowy w piśmie z dnia.....)**.
2. **Zobowiązuję się do zawarcia umowy w terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia, w okresie objętym okresem związania ofertą. Przyjmuję do wiadomości, iż w przypadku bezzasadnej odmowy podpisania umowy poniosę wobec Udzielającego zamówienia odpowiedzialność odszkodowawczą z tego tytułu.**

3. 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).
4. 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.
5. Załączone kserokopie dokumentów wykonane zostały z oryginału dokumentu, a zawarte w nich dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
6. Dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień składania oferty.
7. Zobowiązuję się do pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach wyznaczonych przez Udzielającego zamówienia.
8. Posiadam ubezpieczenie o odpowiedzialności cywilnej /zawrę umowę o odpowiedzialności cywilnej i dostarczę kopię polisy najpóźniej w terminie podpisania umowy**.
9. Samodzielnie rozliczam się z urzędem skarbowym i ZUS-em.
10. Zgłosiłam/-em swoją działalność gospodarczą w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych celem rozliczenia z tytułu ubezpieczenia społecznego oraz ubezpieczenia zdrowotnego.
11. Zobowiązuję się do dostarczenia w dniu zawarcia umowy kserokopii dokumentu potwierdzającego ukończenie kurs BHP oraz stosownych zaświadczeń lekarskich.
12. Oświadczam, że nie byłam/-em karana/-y za przewinienia/przestępstwa umyślne.
13. Przyjmuję do wiadomości, że Udzielający zamówienia dopuszcza zwiększenie zakresu i wartości umowy o 30 % 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.
15. Zobowiązuję się przed podpisaniem umowy przedłożyć:
    a) Oferent będący obywatelem RP: zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r. poz. 172 oraz z 2022 r. poz. 2600), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego – albo Oferent nie będący obywatelem RP: zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r. poz. 172 oraz z 2022 r. poz. 2600), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego oraz ponadto informację z rejestru karnego państwa obywatelstwa uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi.
    b) oświadczenie o państwie lub państwach, w których zamieszkiwał w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa*,
    c) oraz jednocześnie z oświadczeniem z lit. b) informację z rejestrów karnych tych państw uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi.**

    * Oświadczenie składane jest pod rygorem odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. Składający oświadczenie jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli następującej treści: "Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia". Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

    Jeżeli prawo tych państw nie przewiduje wydawania informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi, przedkłada się informację z rejestru karnego tego państwa. W przypadku gdy prawo państwa, z którego ma być przedłożona powyższa informacja nie przewiduje jej sporządzenia lub w danym państwie nie prowadzi się rejestru karnego, składa się oświadczenie o tym fakcie wraz z oświadczeniem* , że Przyjmujący zamówienie nie był prawomocnie skazany w tym państwie za czyny zabronione odpowiadające przestępstwom określonym w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii

oraz nie wydano wobec niego innego orzeczenia, w którym stwierdzono, iż dopuścił się takich czynów zabronionych, oraz że nie ma obowiązku wynikającego z orzeczenia sądu, innego uprawnionego organu lub ustawy stosowania się do zakazu zajmowania wszelkich lub określonych stanowisk, wykonywania wszelkich lub określonych zawodów albo działalności, związanych z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem, świadczeniem porad psychologicznych, rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizacją innych zainteresowań przez małoletnich, lub z opieką nad nimi.

*** Oświadczenie składane jest pod rygorem odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. Składający oświadczenie jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli następującej treści: "Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia". Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

……

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

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***)

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

TABELA C.

KRYTERIA OCENY PUNKTOWEJ OFERTY – ZAKRES LEKARSKI		
KRYTERIUM - KWALIFIKACJE	**WAGA**	**Właściwe zaznaczyć krzyżykiem**
1. KWALIFIKACJE ZAWODOWE*		
1.1. TYTUŁ NAUKOWY / STOPIEŃ NAUKOWY W DZIEDZINIE MEDYCYNY (wpisać, jeśli Oferent posiada):		
	1 pkt	
1.2. POSIADANE SPECJALIZACJE (INNE NIŻ WYMAGANA DLA PROFILU ODDZIAŁU, NA KTÓRĄ SKŁADANA JEST OFERTA), należy wpisać, jeśli Oferent posiada		
	1 pkt	
	1 pkt	
	1 pkt	

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

KRYTERIUM - DOSTĘPNOŚĆ	WAGA	Właściwe zaznaczyć krzyżykiem
2. DYSPOZYCYJNOŚĆ		
2.1. DEKLAROWANA minimalna LICZBA GODZIN ŚWIADCZENIA USŁUG W MIESIĄCU (zaznaczyć odpowiednio do składanej oferty):		
2.1.1. W ZAKRESIE DYŻURÓW w dni od poniedziałku do piątku:		
Do 60	0 pkt	
61 - 120	1 pkt	
121 - 180	2 pkt	
Powyżej 182	3 pkt	
2.1.2. W ZAKRESIE DYŻURÓW w soboty, niedziele i święta:		
Do 12	0 pkt	
13 - 24	1 pkt	
25 - 48	2 pkt	
Powyżej 48	3 pkt	
2.2. W ZAKRESIE OKRESU TRWANIA UMOWY:		
1 rok	0 pkt	
2 lata	3 pkt	
3 lata	5 pkt	

***Niepełną godzinę liczymy proporcjonalnie.**

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.