**Konkurs nr 25/2026** **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 przez pielęgniarki/pielęgniarzy w lokalizacji w Gdyni - Szpital Morski im. PCK w następujących zakresach :

| Zakres, na który jest składana oferta | Wskazanie Oferenta | Proponowane wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę świadczenia usług pielęgniarki | Oferowana miesięczna liczba godzin świadczenia usług w przedziale od min-do max (przy czym minimalna ilość godzin nie może wynosić 0) | Proponowane wynagrodzenie - stawka ryczałtowa za miesiąc kalendarzowy zarządzania personelem pielęgniarskim (pielęgniarka koordynująca/oddziałowa). |
|---|---|---|---|---|
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5 |
| **III.1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę endoskopową w Oddziale Urologii, Urologii Onkologicznej i Andrologii.** | | …… zł | ……..…...…min. h. -<br>……..….max. h. | |
| **III.2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki w Oddziale Urologii, Urologii Onkologicznej i Andrologii.** | | …… zł | ……..…...…min. h. -<br>……..….max. h. | |
| **III.3 Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę w Oddziale Chorób Zakaźnych z Pododdziałem Obserwacyjno - Zakaźnym i Pododdziałem Nabytych Niedoborów Odporności oraz Oddziale Nefrologii i Oddziale Endokrynologii wraz z zarządzaniem pracą personelu pielęgniarskiego (pielęgniarka koordynująca).** | | …… zł | ……..…...…min. h. -<br>……..….max. h. | …… zł |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **III.4 Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę w Oddziale Onkologii i Radioterapii – Dział Onkologii Klinicznej wraz z zarządzaniem pracą pielęgniarek (pielęgniarka oddziałowa).** | | …… zł | ……..…...…min. h. - ……..…max. h. | …… zł |
| **III.5 Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę w Oddziale Nefrologicznym.** | | …… zł | ……..…...…min. h. - ……..…max. h. | |
| **III.6 Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę w Oddziale Endokrynologicznym.** | | …… zł | ……..…...…min. h. - ……..…max. h. | |
| **III.7 Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę w Bloku Operacyjnym.** | | …… zł | ……..…...…min. h. - ……..…max. h. | |

Uwaga:

1. W kolumnie nr 3 należy podać proponowane wynagrodzenie za jedną godzinę świadczenia usług bez względu na porę ich świadczenia oraz dzień – zwykły czy świąteczny.
2. W kolumnie nr 5 należy podać proponowane wynagrodzenie ryczałtowe za jeden miesiąc zarządzania personelem pielęgniarskim (pielęgniarka koordynująca/oddziałowa) – dla zakresu III.3 i III.4.
3. Wynagrodzenie należy podać w złotych polskich cyfrowo.
4. Cena oferty dla zakresów od III.1 do III.2 oraz od III.5 – do III.7 jest stawka za jedną godzinę świadczenia usług bez względu na porę ich świadczenia oraz dzień – zwykły czy świąteczny.
5. Cena oferty dla zakresu III.3 i III.4 jest stawka za jedna godzinę świadczenia usług pielęgniarki plus stawka ryczałtowa za miesiąc kalendarzowy zarządzania personelem pielęgniarskim (pielęgniarka koordynująca/oddziałowa).

**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 ponoszę 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/-łem 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. 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.
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. 1939 z późn. zm.), 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[1], 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.

[1] * Oświadczenia składane są 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 Oferenta***- wraz z pieczątką

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

| KRYTERIA OCENY PUNKTOWEJ OFERTY – ZAKRES PIELĘGNIARKI | | |
|---|---|---|
| **1. KRYTERIUM JAKOŚĆ*** | | |
| **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 Zachowawcze (Internistyczne) | 3 pkt | |
| Pielęgniarstwo Onkologiczne | 3 pkt | |
| Pielęgniarstwo Chirurgiczne | 3 pkt | |
| Pielęgniarstwo Operacyjne | 3 pkt | |
| Pielęgniarstwo Anestezjologiczne i Intensywnej Opieki | 3 pkt | |
| Pielęgniarstwo Geriatryczne | 3 pkt | |
| Pielęgniarstwo Diabetologiczne | 3 pkt | |
| Pielęgniarstwo Kardiologiczne | 3 pkt | |
| Pielęgniarstwo Operacyjne (nie dotyczy zakresu III.7) | 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 Zachowawcze (Internistyczne) | 1 pkt | |
| Pielęgniarstwo Onkologiczne | 1 pkt | |
| Pielęgniarstwo Chirurgiczne | 1 pkt | |
| Pielęgniarstwo Operacyjne | 1 pkt | |
| Pielęgniarstwo Anestezjologiczne i Intensywnej Opieki | 1 pkt | |
| Pielęgniarstwo Geriatryczne | 1 pkt | |

| | | |
|---|---|---|
| Pielęgniarstwo Diabetologiczne | 1 pkt | |
| Pielęgniarstwo Kardiologiczne | 1 pkt | |
| Pielęgniarstwo Opieki Paliatywnej | 1 pkt | |
| Pielęgniarstwo Operacyjne (nie dotyczy zakresu III.7) | 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

| | | |
|---|---|---|
| **2. KRYTERIUM DOSTĘPNOŚĆ** | | |
| **2.1. DEKLAROWANA minimalna LICZBA GODZIN ŚWIADCZENIA USŁUG W MIESIĄCU*** | | |
| do 120 | 0 pkt | |
| 121-160 | 1 pkt | |
| 161-200 | 2 pkt | |
| Powyżej 200 | 3 pkt | |
| **3. KRYTERIUM CIĄGŁOŚĆ** | | |
| **3.1.W ZAKRESIE OKRESU TRWANIA UMOWY** | | |
| 1 rok | 0 pkt | |
| 2 lata | 3 pkt | |
| 3 lata | 5 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.**

*RAZEM LICZBA PUNKTÓW:* .....

.....
( data i podpis Oferenta
(pieczątka) / 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 uprawionym 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 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 pielęgniarki 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 pielęgniarki w spółce Szpitale Pomorskie, w szczególności przeprowadzenia konkursu oraz prowadzenia negocjacji.

☐ TAK

☐ NIE

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

# Niewyrażenie zgody wiąże się z niemożliwością wzięcia udziału w konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych pielęgniarki prowadzonym przez Administratora Danych Osobowych.
Potwierdzam poprawność podanych powyżej moich danych osobowych i dobrowolność ich przekazania.

.....
( data i podpis Oferenta (pieczątka) /
upoważnionego przedstawiciel