**Konkurs nr 41/2026** **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 psychoterapeuty, terapeuty środowiskowego i psychologa w lokalizacji Spółki: przy ul. Wójta Radtkego1 w Gdyni w następujących zakresach:

| Lp. | Zakres, na który jest składana oferta | Wskazanie Oferenta | Proponowane wynagrodzenie | Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale od min-do max |
|---|---|---|---|---|
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. |
| 1. | **III.1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach uprawnień i kwalifikacji psychoterapeuty w Poradni Psychologicznej dla Dzieci i Młodzieży** | | Proponowane wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych | Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale od min-do max |
| | | | …….. zł | ……min<br>……max. |
| 4. | **III.2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach uprawnień i kwalifikacji psychoterapeuty w Poradni Psychologicznej dla Dzieci i Młodzieży wraz z koordynacją w zakresie organizacyjnym w Poradni.** | | Proponowane wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych | Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale od min-do max |
| | | | ……. zł | ……min<br>……max. |
| | | | Proponowane wynagrodzenie za koordynowanie w zakresie organizacyjnym w Poradni (miesięczny ryczałt): | Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale od min-do max |
| | | | ……. zł | ……min<br>……max. |

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.2** jest stawka za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych oraz dodatkowo:
   - dla zakresu III.2. stawka ryczałtowa za miesiąc kalendarzowy koordynowania Poradnią.

4. Stawka jest stała niezależnie od pory dnia oraz pracy w dzień powszedni, niedzielę lub święto.

**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.
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) 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 zgodnie z okresem wypowiedzenia wynikającym z tej 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 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

| KRYTERIA OCENY PUNKTOWEJ OFERTY – ZAKRES PSYCHOTERAPEUTY/TERAPEUTY ŚRODOWISKOWEGO/PSYCHOLOGA | | |
|---|---|---|
| **KRYTERIUM - KWALIFIKACJE** | **WAGA** | **Właściwe zaznaczyć krzyżykiem** |
| **1. KWALIFIKACJE ZAWODOWE*** | | |

| | | |
|---|---|---|
| **1.1. TYTUŁ NAUKOWY / STOPIEŃ NAUKOWY W DZIEDZINIE ZAKRESU OFERTY:** | | |
| MAGISTER | 5 pkt | |
| LICENCJAT | 4 pkt | |
| **1.2. POSIADANE KURSY/UPRAWNIENIA POTWIERDZONE STOSOWNYM CERTYFIKATEM/ZAŚWIADCZENIEM** | | |
| | 5 pkt | |
| | 5 pkt | |
| | 5 pkt | |
| | 5 pkt | |
| **1.3. 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 | |

**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 PSYCHOTERAPEUTY/TERAPEUTY ŚRODOWISKOWEGO /PSYCHOLOGA 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 | |
| **KRYTERIUM - DYSPOZYCYJNOŚĆ** | **WAGA** | **Właściwe zaznaczyć krzyżykiem** |
| **3. DYSPOZYCYJNOŚĆ** | | |
| **3.1. DEKLAROWANA minimalna LICZBA GODZIN ŚWIADCZENIA USŁUG W MIESIĄCU** | | |
| Do 120 | 0 pkt | |
| 120-149 | 1 pkt | |
| 150-179 | 3 pkt | |
| Powyżej 180 | 5 pkt | |
| | | |
| **3.2. W ZAKRESIE OKRESU TRWANIA UMOWY** | | |
| 1 rok | 0 pkt | |
| 2 lata | 3 pkt | |
| 3 lata | 5 pkt | |
| | | |
| ** Do obliczeń stosuje się każdy pełny rok kalendarzowy pracy. Punkty z kolejnych lat nie sumują się. | | |
| **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 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

2. 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 psychoterapeuty/terapeuty środowiskowego i psychologa prowadzonym przez Administratora Danych Osobowych
Potwierdzam poprawność podanych powyżej moich danych osobowych i dobrowolność ich przekazania.

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