Szpitale Pomorskie sp. z o.o. Podmiot Leczniczy Samorządu Województwa Pomorskiego

Konkurs nr 90/2026 **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 lekarza w lokalizacji Spółki przy ul. Powstania Styczniowego 1, 81-519 Gdynia – Szpital Morski im. PCK

Tabela A.

lp	Zakres, na który jest składana oferta	Wskazanie Oferenta	Proponowane wynagrodzenie	Oferowana miesięczna liczba świadczonych zabiegów w przedziale od min-do max (przy czym minimalna ilość nie może wynosić 0)
1.	2.	3.	4.	5.
	III.1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym w zakresie zabiegów w dziedzinie chirurgii ginekologicznej jako Operator w zakresie świadczeń komercyjnych niefinansowane ze środków publicznych		Proponowana stawka za 1 zabieg z zakresu chirurgii ginekologicznej wykonywany w ramach świadczeń niefinansowanych ze środków publicznych w przypadku pełnienia funkcji lekarza operującego („Operator") w zł. [1, 2, 5] ……zł Proponowana stawka za 1 zabieg z zakresu chirurgii ginekologicznej wykonywany w ramach świadczeń niefinansowanych ze środków publicznych w przypadku pełnienia funkcji lekarza operującego („Operator"). W przypadku wykonania zabiegu bez asysty płatnej w zł. [1, 2, 5] ……zł	**Min……..** **Max……**

			Proponowane wynagrodzenie – procent (%)od wartości kwotowej grup JGP – potwierdzonych przez pracownika ds. komercji, w przypadku pełnienia funkcji lekarza operującego („Operator") za każdy zabieg operacyjny z zakresu chirurgii ginekologicznej, jaki zgodnie z zawartą umową z uprawnionym pacjentem, otrzymał Udzielający zamówienia oraz w przypadku wykonania przez Lekarza konsultacji pacjenta celem wykonania procedury na podstawie skierowania wystawionego przez niego. [1, 2,4]	
			……..... %	
	III.2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym w zakresie zabiegów w dziedzinie chirurgii ginekologicznej jako Asysta w zakresie świadczeń komercyjnych niefinansowane ze środków publicznych		Proponowana stawka za 1 zabieg z zakresu chirurgii ginekologicznej wykonywany w ramach świadczeń niefinansowanych ze środków publicznych w przypadku pełnienia funkcji lekarza operującego („Asysta") w zł. [1, 2, 3, 5]	
			……..zł	
			Proponowane wynagrodzenie – procent (%) od wartości kwotowej grup JGP – potwierdzonych przez pracownika ds. komercji, w przypadku pełnienia funkcji lekarza operującego („Asysta") za każdy zabieg operacyjny z zakresu chirurgii ginekologicznej, jaki zgodnie z zawartą umową z uprawnionym pacjentem, otrzymał Udzielający zamówienia oraz w przypadku wykonania przez Lekarza konsultacji pacjenta celem wykonania procedury na podstawie skierowania wystawionego przez niego. [1, 2, 3,4]	**Min……..** **Max……**
			……..... %	

	III.3. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu lekarskiego w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym w zakresie kwalifikacji przed zabiegiem lub wizyty kontrolnej po zabiegu z zakresu chirurgii ginekologicznej przez lekarza ginekologa – świadczenia niefinansowane ze środków publicznych.		Proponowana stawka za 1 wizytę konsultacyjną/kwalifikacyjną do zabiegu w Spółce lub wizyty kontrolnej po zabiegu z zakresu chirurgii ginekologicznej w ramach świadczeń niefinansowanych ze środków publicznych w zł. [1] ……..... w zł.	**Min……..** **Max……**

[1] Wynagrodzenie nie może być łączone z wynagrodzeniem z tytułu ordynacji i/lub dyżuru lekarskiego (w przypadku zawartej odrębnej umowy na ordynacje i /lub dyżury).

[2] Lekarz operator decyduje o składzie zespołu, biorąc odpowiedzialność za bezpieczeństwo pacjenta. Obecność lekarza asysty jest kluczowa w skomplikowanych zabiegach. W przypadku zabiegów ginekologicznych o podwyższonym ryzyku oraz po przeprowadzenia pełnej analizy opłacalności zabiegu.

[3] Maksymalna liczba lekarzy (asysta) – jeden (1)

[4] Od wartości produktu rozliczeniowego sprawozdanego i wykazanego NIE DO ROZLICZENIA z NFZ lub od wartości wyznaczonej grupy JPG sprawozdanej i wykazanej NIE DO ROZLICZENIA za zabiegi operacyjne w ramach Oddziału Ginekologiczno- Położniczego lub od wartości świadczeń sprawozdanych i wykazanych NIE DO ROZLICZENIA z NFZ na podstawie katalogu ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych zachowawczych, zabiegowych realizowane w toku leczenia pacjentów.

[5] Dotyczy usług, których wycena produktu rozliczeniowego w zł jest niższa niż 8 000,00 zł

Uwaga:

1. W kolumnach, gdzie wskazano, aby podać proponowane wynagrodzenie należy je wskazać dokładnie i zgodnie z opisem w tabeli.
2. Wynagrodzenie powinno zostać podane w złotych polskich cyfrowo lub jako procent.
3. Ceną oferty dla każdego z zakresów osobno jest **proponowane wynagrodzenie za świadczenie usług zdrowotnych w tym zakresie:**
   - stawka za 1 zabieg z zakresu chirurgii ginekologicznej wykonywany w ramach świadczeń niefinansowanych ze środków publicznych przez lekarza operatora.
   - stawka za 1 zabieg z zakresu chirurgii ginekologicznej wykonywany w ramach świadczeń niefinansowanych ze środków publicznych przez lekarza asysty.
   .
   - Stawka procentowa (%) od wartości kwotowej grup JGP
   -stawka za 1 wizytę konsultacyjną/kwalifikacyjną do zabiegu w Szpitalu lub wizyty kontrolnej po zabiegu

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. **<u>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.</u>**
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 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.
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[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,

[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.

świadczeniem porad psychologicznych, rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizacją innych zainteresowań przez małoletnich, lub z opieką nad nimi.

…… ……
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

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 lekarza prowadzonym przez Administratora Danych Osobowych
Potwierdzam poprawność podanych powyżej moich danych osobowych i dobrowolność ich przekazania.

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

Tabela B.

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

KRYTERIA OCENY PUNKTOWEJ OFERTY – ZAKRES LEKARSKI		
1. KRYTERIUM – JAKOŚĆ*	**WAGA**	**Właściwe zaznaczyć krzyżykiem**
1.1. TYTUŁ NAUKOWY / STOPIEŃ NAUKOWY W DZIEDZINIE MEDYCYNY (wpisać, jeśli Oferent posiada - należy wpisać tylko jeden tytuł (dr med. lub dr hab. lub profesor)		
	1 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	

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

2.KRYTERIUM – JAKOŚĆ	**WAGA**	**Właściwe zaznaczyć krzyżykiem**
2.1. DOTYCHCZASOWE, NIENAGANNE ŚWIADCZENIE PRACY LUB USŁUG W ZAWODZIE LEKARZA w latach**		
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	
** Do obliczeń stosuje się każdy pełny rok kalendarzowy pracy. Punkty z kolejnych lat nie sumują się.		
3. KRYTERIUM - DOSTĘPNOŚĆ	**WAGA**	**Właściwe zaznaczyć krzyżykiem**
3.1. DEKLAROWANA <u>minimalna</u> LICZBA ZABIEGÓW ŚWIADCZENIA USŁUG W MIESIĄCU (<u>zaznaczyć odpowiednio do składanej oferty</u>): ***Uwaga! Deklarowana minimalna liczba zabiegów winna być zgodna z oferowaną liczbą świadczonych usług wskazaną w formularzu ofertowo-cenowym pod rygorem uznania jako wiążącej niższej wartości.**		
3.1.1. W ZAKRESIE SWIADCZENIA USŁUG W MIESIĄCU		
1-29	3 pkt	
30 - 59	5 pkt	
Powyżej 60	6 pkt	
4. KRYTERIUM CIĄGŁOŚĆ	**WAGA**	**Właściwe zaznaczyć krzyżykiem**
4.1 W ZAKRESIE OKRESU TRWANIA UMOWY		
1 rok	0 pkt	
2 lata	3 pkt	
3 lata	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