Konkurs nr 190/2026 **Załącznik nr 1**

FORMULARZ OFERTOWY
Z KRYTERIAM OCENY PUNKTOWEJ

(Warunki lokalowe, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny oraz środki transportu i łączności (jeśli dotyczy 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 ratownika medycznego w lokalizacji przy ul. dr A. Jagalskiego 10, 84-200 Wejherowo – Szpital Specjalistyczny im. F. Ceynowy w Wejherowie w następującym zakresie:

Tabela A

Zakres, na który jest składana oferta	**Wskazanie Oferenta**	**Proponowane wynagrodzenie za świadczenie usług zdrowotnych/Oferowana liczba godzin świadczenia usług w miesiącu**	
1.	2.	3.	4.
III.1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu przez ratowników medycznych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym - dyżury w lokalizacji przy ul. Dr A. Jagalskiego 10 w Wejherowie – Szpital Specjalistyczny im. F. Ceynowy.	**III.1.1 (LOK. WEJHEROWO)**	stawka za 1h świadczenia dyżuru w dni od poniedziałku do piątku …….…… zł	Oferowana liczba godzin świadczenia usług **w miesiącu** w przedziale od min-do max)**przy czym minimalna ilość godzin nie może wynosić 0)** dyżury w dni od poniedziałku do piątku …… h min. - ……..…. h. max.
	III.1.2 (LOK. WEJHEROWO)	stawka za 1h świadczenia dyżuru w soboty, niedziele oraz w dni świąteczne i newralgiczne wg tabeli A.1 - 24 godziny* …….…… zł	Oferowana liczba godzin świadczenia usług **w miesiącu** w przedziale od min-do max **(przy czym minimalna ilość godzin nie może wynosić 0)** dyżury przypadające w soboty, niedziele oraz w dni świąteczne i newralgiczne …… h min. - ……..…. h. max.

Uwaga:

1. W kolumnie nr 3 należy podać proponowane wynagrodzenie za jedną godzinę świadczenia usług zgodnie z opisem w tabeli.
2. Wynagrodzenie należy podać w złotych polskich cyfrowo.
3. Cenę oferty jest stawka za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru w dni od poniedziałku do piątku plus stawka za 1 godzinę świadczenia dyżuru w soboty, niedziele oraz w dni świąteczne i newralgiczne wg tabeli A.1 - 24 godziny.

4. *W przypadku świadczenia dyżuru przypadającego w dni od poniedziałku do piątku będące jednocześnie dniem przypadającym w dni o których mowa w Tabeli A1 przysługiwać będzie wyłącznie wynagrodzenie wskazane w III.1.2.
   Stawki z III.1.1. i III.1.2. nie sumują się.

Tabela A.1

Dotyczy zakresu III.1.2. - dyżury w dni świąteczne i newralgiczne wg tabeli - 24 godziny:
1 stycznia - Nowy Rok
6 stycznia - Święto Trzech Króli
28 marca 2027**,16 kwietnia 2028**, 1 kwietnia 2029** - Wielkanoc
29 marca 2027**,17 kwietnia 2028** , 2 kwietnia 2029** - Poniedziałek Wielkanocny
1 maja - Święto Pracy
2 maja - (DZIEŃ NEWRALGICZNY)
3 maja - Święto Konstytucji 3 Maja
16 maja 2027**, 4 czerwca 2028**, 20.05.2029 **- Zielone Świątki
27 maja 2027**,15 czerwca 2028**, 31 maja 2029** - Boże Ciało
15 sierpnia - Święto Wojska Polskiego, Wniebowzięcie Najświętszej Maryi Panny
1 listopada - Wszystkich Świętych
11 listopada - Święto Niepodległości
24 grudnia - Wigilia
25 grudnia - Boże Narodzenie (dzień pierwszy)
26 grudnia - Boże Narodzenie (dzień drugi)
31 grudnia - Sylwester (DZIEŃ NEWRALGICZNY)

** w przypadku składania ofert na okres 24 lub 36 miesięcy.

Oświadczam, że:

1. Zapoznałam/-em się z treścią Ogłoszenia konkursu ofert, SWKO oraz projektem umowy, akceptuje 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/-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.
14. Zobowiązuję się do nie podwyższania ceny za realizację świadczeń przez okres trwania umowy.
15. 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.
16. 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 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 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.

Tabela B

KRYTERIA OCENY PUNKTOWEJ OFERTY – ZAKRES RATOWNIK MEDYCZNY		
1. KRYTERIUM – JAKOŚĆ (potwierdzone bezpośrednią opinią przełożonego, jako warunek naliczenia punktów)		
Powyżej 5 lat pracy w zespołach wyjazdowych Ratownictwa Medycznego / Lotniczym Zespole Ratownictwa Medycznego/Szpitalnym Oddziale Ratunkowym/ Oddziałach intensywnego nadzoru lub terapii	5 pkt	
2 KRYTERIUM JAKOŚĆ – OPINIA O JAKOŚCI ŚWIADCZONYCH USŁUG. (łączną ilość punktów należy wpisać z Załącznika nr 1A lub 1B* - bezpośrednia opinia przełożonego , jako warunek naliczenia punktów; w przypadku świadczenia usług w Szpitalach Pomorskich Sp. z o.o. należy wpisać punkty uzyskane wyłącznie w Zał. 1.A) max 8;		
2.1. Pozytywna opinia przełożonego w Szpitalach Pomorskich Sp. z o.o.*	pkt	
2.2. Pozytywna opinia przełożonego w pozostałych podmiotach leczniczych*	pkt	
3. KRYTERIUM DOSTĘPNOŚĆ - DEKLAROWANA minimalna LICZBA GODZIN ŚWIADCZENIA USŁUG W MIESIĄCU.		
Do 60 godzin	0 pkt	
61 – 120 godzin	1 pkt	
121 – 204 godziny	2 pkt	
Powyżej 204 godzin	3 pkt	
4. KRYTERIUM CIĄGŁOSCI W ZAKRESIE DEKLAROWANEGO OKRESU TRWANIA UMOWY		
1 rok	0 pkt	
2 lata	3 pkt	
3 lata	5 pkt	

RAZEM LICZBA PUNKTÓW: ……

……
(data, podpis Oferenta/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: 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 ratownika medycznego, 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 ratownika medycznego 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 ratownika medycznego w spółce Szpitale Pomorskie, w szczególności przeprowadzenia konkursu oraz prowadzenia negocjacji.

☐ TAK

☐ NIE

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

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

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

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