



MIEJSKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W GDYNI
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
81-394 Gdynia, ul. Żwirki i Wigury 14

Załącznik nr 1 do SWKO

FORMULARZ OFERTOWY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
PRZEZ **LEKARZA SYSTEMU- KIEROWNIKA ZRM**
W SPECJALISTYCZNYM ZESPOLE RATOWNICTWA MEDYCZNEGO
(kobiety/mężczyźni)

1. Dane Oferenta:

NAZWA OFERENTA (zgodnie z CEIDG lub KRS)	
ADRES PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ/SIEDZIBY FIRMY KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ	
ADRES KORESPONDENCYJNY	
PESEL	
NIP	
REGON	
NR TEL.	
ADRES E- MAIL	
NAZWA BANKU, NR KONTA	

2. Oświadczenie dotyczące minimalnej / maksymalnej liczby godzin:

Oświadczam, że w przypadku nawiązania współpracy jestem gotowy/gotowa do udzielania świadczeń zdrowotnych w następującej liczbie godzin w wymiarze miesięcznym: <i>(należy wskazać wartość maksimum godzin)</i>	Min. 36 godzin Max:
---	--



3. Proponuję zryczałtowaną stawkę za 1 godzinę pracy:

Udzielanie świadczeń medycznych jako lekarz systemu- kierownik ZRM specjalistycznego zespołu ratownictwa medycznego. <i>Stawka za 1 godzinę udzielania świadczeń w ramach ZRM zawiera także wartość 30% dodatku wyjazdowego wynikającego z art. 99b ust. 2 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej.</i> (wartość w PLN)*
---	----------------------------------

*Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do podjęcia negocjacji z Oferentami w zakresie proponowanej ceny.

4. Do oferty załączam kopie dokumentów i/lub oryginały oświadczeń (zaznaczyć X):

Uwaga: załącznik nr 4 mogą złożyć wyłącznie Oferenci – praktyki indywidualne

Obowiązkowe:

- dyplom poświadczający kwalifikacje zawodowe lekarza**
- prawo wykonywania zawodu**
- specjalizacja lub dokumenty potwierdzające rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego wraz z potwierdzeniem przez kierownika specjalizacji**
- oświadczenie o zapoznaniu się z Klauzulą Informacyjną RODO w zakresie przetwarzania Danych osobowych (wymagany załącznik nr 3 do SWKO)**
- zaświadczenia lekarskie - orzeczenie lekarskie (profilaktyka) wraz z orzeczeniem lekarskim do celów sanitarno-epidemiologicznych lub oświadczenie o dostarczeniu po rozstrzygnięciu postępowania konkursowego (wymagany załącznik nr 4 do SWKO)**
- zaświadczenie o przeszkoleniu w zakresie BiHP i P/poż. lub oświadczenie o dostarczeniu po rozstrzygnięciu postępowania konkursowego (wymagany zał. 4 do SWKO)**
- oświadczenie w przedmiocie wyrażenia woli Oferenta w zakresie wystąpienia MSPR w Gdyni SP ZOZ do właściwego Wojskowego Centrum Rekrutacji (wymagany załącznik nr 4A do SWKO)**
- oświadczenie o niekaralności (wymagany załącznik nr 5 do SWKO – praktyki indywidualne/personel podmiotu leczniczego-osoby prawnej i/lub załącznik nr 5a do SWKO dla innych podmiotów / osób prawnych)**

Obowiązkowe:

- polisy ubezpieczeniowej OC w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych – lekarz ZRM / lub oświadczenie o jej dostarczeniu po rozstrzygnięciu postępowania konkursowego (wymagany załącznik nr 4 do SWKO) / lub odpowiednio polisy ubezpieczeniowej podmiotu leczniczego / osoby prawnej**
- polisy ubezpieczeniowej OC w zakresie ochrony mienia / lub oświadczenie o jej dostarczeniu po rozstrzygnięciu postępowania konkursowego (wymagany zał. 4 do SWKO)/ lub odpowiednio polisy ubezpieczeniowej podmiotu leczniczego / osoby prawnej**
- wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej – praktyki indywidualne (aktualny wydruk – wygenerowany nie wcześniej niż 21 dni roboczych przed datą złożenia oferty) lub**
- wpis do Krajowego Rejestru Sądowego – inny podmiot leczniczy/osoby prawne (aktualny wydruk – wygenerowany nie wcześniej niż 21 dni roboczych przed datą złożenia oferty)**
- wpis do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (aktualny wydruk – wygenerowany nie wcześniej niż 21 dni roboczych przed datą złożenia oferty)**

- certyfikatu ALS/ACLS certyfikowanego przez ERC/AHA**
- certyfikatu EPLS/PALS/NLS certyfikowanego przez ERC/AHA**
- certyfikatu ITLS/ETC/PHTLS**

Certyfikaty nie są obowiązkowe – podlegają punktacji jak w pkt.5



5. Kryteria oceny punktowej oferty / zakres lekarski / – ZAZNACZA OFERENT stawiając znak X w wybranych pozycjach (dotyczy indywidualnych praktyk lekarskich lub personelu wskazanego przez inny podmiot / osobę prawną):

Lekarz/lekarze realizujący świadczenia (imię i nazwisko)

.....

A. KRYTERIUM – KWALIFIKACJE max 30 pkt.	WAGA	Właściwe zaznaczyć krzyżykiem X
1. KWALIFIKACJE ZAWODOWE* max 15 pkt.		
POSIADANE SPECJALIZACJE / w trakcie specjalizacji (WYMAGANA W ZAKRESIE PRZEDMIOTU OFERTY- zgodnie z ustawą o PRM)		
1) Tytuł specjalisty / Specjalizacja I lub II stopnia w dziedzinie: medycyny ratunkowej, anestezjologii i intensywnej terapii, intensywnej terapii LUB 2) w dziedzinie: chorób wewnętrznych, kardiologii, neurologii, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii lub pediatrii (w przypadku tych ostatnich dodatkowo wymagany warunkowo kurs zgodnie z art. 38a ust. 1 ustawy o PRM).	15 pkt	
1) Lekarz po drugim roku specjalizacji w dziedzinie: medycyny ratunkowej, anestezjologii i intensywnej terapii LUB 2) w dziedzinie neurologii (w przypadku neurologii dodatkowo wymagany warunkowo kurs zgodnie z art. 38a ust. 1 ustawy o PRM. (W powyższych dziedzinach/zakresach 1i2 wymagana kontynuacja szkolenia specjalizacyjnego plus oświadczenie kierownika specjalizacji), LUB 3) Lekarz w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie intensywnej terapii.	10 pkt	
Lekarz, który: 1) ukończył moduł podstawowy w dziedzinie: chorób wewnętrznych, pediatrii lub chirurgii ogólnej i kontynuuje szkolenie specjalizacyjne LUB 2) ukończył szkolenie specjalizacyjne w tych dziedzinach nie dłużej niż 5 lat wstecz (potwierdzone właściwym dokumentem/decyzją) – w obu przypadkach wymagany warunkowo kurs zgodnie z art. 38a ust. 1 ustawy o PRM.	5 pkt	
2. KURSY (aktualne kursy- certyfikaty) max 15 pkt.		
ALS/ACLS	5 pkt	
ITLS/ETC/PHTLS	5 pkt	
PALS/EPLS/NLS	5 pkt	



MIEJSKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W GDYNI
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
81-394 Gdynia, ul. Żwirki i Wigury 14

<u>B. KRYTERIUM – DOŚWIADCZENIE max 10 pkt.</u>	WAGA	Właściwe zaznaczyć krzyżykiem X
1. DOTYCHCZASOWE, NIENAGANNE ŚWIADCZENIE PRACY LUB USŁUG W ZAWODZIE LEKARZA w ZRM w latach* – do oceny wymagane udokumentowanie stanu faktycznego – np. formalna opinia przełożonego / zaświadczenie – powyższe nie dotyczy osób zatrudnionych lub współpracujących wcześniej z MSPR w Gdyni.		
brak	0 pkt	
Do 5 lat	5 pkt	
powyżej 5	10 pkt	
* Do obliczeń stosuje się każdy pełny rok kalendarzowy pracy. Punkty z kolejnych lat nie sumują się.		
<u>C. KRYTERIUM – DYSPOZYCYJNOŚĆ max 30 pkt.</u>	WAGA	Właściwe zaznaczyć krzyżykiem X
1. DEKLAROWANA LICZBA GODZIN ŚWIADCZENIA USŁUG W MIESIĄCU: (zgodnie ze wskazaną w pkt.2 formularza ofertowego) max. 15 pkt.		
DEKLAROWANA MAKSYMALNA LICZBA GODZIN ŚWIADCZENIA USŁUG W MIESIĄCU		
60-96	5 pkt	
97-168	10 pkt	
Powyżej 168	15 pkt	
2. W ZAKRESIE OKRESU TRWANIA UMOWY max. 15 pkt.		
12 MIESIĘCY	5 pkt	
13-24 MIESIĄCE	10 pkt	
POWYŻEJ 24 MIESIĘCY	15 pkt	
<u>D. KRYTERIUM – CENA max 15 pkt.</u>	WAGA	Właściwe zaznaczyć krzyżykiem X
1. WSKAZANA STAWKA GODZINOWA w PLN brutto (zgodnie ze wskazaną w pkt.3 formularza ofertowego)		
Powyżej 200	5 pkt	
180-200	10 pkt	
Poniżej 180	15 pkt	

Maksymalna liczba punktów uzyskana w wyniku oceny oferty wynosi **85 pkt.**

6. Oświadczam, że:

- 1) Zapoznałam/-em się z treścią Ogłoszenia konkursu ofert, SWKO oraz projektem umowy, akceptuję ich treść oraz nie wnoszę zastrzeżeń.
- 2) Zobowiązuję się do zawarcia umowy w terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia, w okresie objętym terminem związania ofertą.
- 3) Zobowiązuję się do niepodwyższania ceny za realizację świadczeń przez okres trwania umowy.
- 4) Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach uzgodnionych przez Stronę – zgodnie z harmonogramem indywidualnie ustalonym przez Udzielającego zamówienia i Oferenta/Przyjmującego zamówienie.



MIEJSKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W GDYNI
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
81-394 Gdynia, ul. Żwirki i Wigury 14

- 5) Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych przez minimalną ilość godzin wymaganą przez Udzielającego zamówienia oraz zgodnie z deklarowaną ilością godzin wskazaną w formularzu ofertowym, oraz projektem umowy.
- 6) Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia, wymagane Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, w tym Prawo Wykonywania Zawodu bez ograniczeń, które potwierdzam stosownymi dokumentami załączonymi do niniejszej oferty (kserokopie) oraz wpis do CEIDG, oraz do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (wydruk z systemu z aktualnej książki rejestrowej).
- 7) 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 (dotyczy indywidualnych praktyk lekarskich) / w przypadku innych podmiotów leczniczych (osób prawnych) – oświadczenie, że dysponuję osobami zdolnymi do wykonania zamówienia wraz z imiennym wykazem tych osób oraz ich kwalifikacji zgodnie z pkt.4 formularza ofertowego (wymagane załączenie dokumentów poświadczających kwalifikacje) oraz wskazanie ilości godzin realizacji świadczeń dla każdej z osób, oraz wskazania kryteriów oceny dla każdej z osób w/g pkt.5 formularza ofertowego.
- 8) Posiadam wymagane ubezpieczenie o odpowiedzialności cywilnej (wymagane dla osób prawnych) /zawrę umowę o odpowiedzialności cywilnej i dostarczę kopię polisy najpóźniej w terminie podpisania umowy - **zgodnie ze złożonym odrębnym oświadczeniem (załącznik nr 4 do SWKO – możliwość złożenia załącznika nr 4 dotyczy wyłącznie praktyk indywidualnych).**
- 9) Posiadam / zobowiązuję się do dostarczenia w dniu zawarcia umowy kserokopii dokumentu potwierdzającego ukończenie kursu BHP oraz stosownych zaświadczeń lekarskich - **zgodnie ze złożonym odrębnym oświadczeniem (załącznik nr 4 do SWKO).**
- 10) Składam oświadczenie w zakresie wyrażenia woli w związku z obowiązkami informacyjnymi Udzielającego zamówienia w zakresie obronności państwa (**załącznik nr 4A do SWKO**).
- 11) Nie byłam/-em karana/-y za przewinienia / przestępstwa umyślne - **zgodnie ze złożonym odrębnym oświadczeniem (załącznik nr 5 do SWKO), natomiast w przypadku Oferenta – innego podmiotu leczniczego/osoby prawnej – oświadczenie zgodne z załącznikiem nr 5a do SWKO.**
- 12) Zapoznałam / -em się z Klauzulą Informacyjną w zakresie przetwarzania danych osobowych - **zgodnie ze złożonym odrębnym oświadczeniem (załącznik nr 3 do SWKO).**
- 13) Załączone kserokopie dokumentów wykonane zostały z oryginału dokumentu, a zawarte w nich dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
- 14) Dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień składania oferty.
- 15) Samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i ZUS-em.
- 16) W przypadku pozostawania w zatrudnieniu w Miejskiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Gdyni SP ZOZ na podstawie stosunku pracy lub udzielania świadczeń w ramach umowy cywilnoprawnej w zakresie pokrywającym się z przedmiotem konkursu, oświadczam, że z chwilą podpisywania umowy o świadczenie usług zdrowotnych złożę pismo o rozwiązanie łączącej mnie z MSPR w Gdyni SP ZOZ umowy za porozumieniem stron.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis Oferenta / upoważnionego przedstawiciela**

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