



**FORMULARZ OFERTOWY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH  
PRZEZ LEKARZA SYSTEMU- KIEROWNIKA ZRM  
W SPECJALISTYCZNYM ZESPOLE RATOWNICTWA MEDYCZNEGO**

**1. Dane oferenta**

<b>NAZWA OFERENTA</b> (zgodnie z CEIDG)	
<b>ADRES PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ</b>	
<b>ADRES KORRESPONDENCYJNY</b>	
<b>PESEL</b>	
<b>NIP</b>	
<b>REGON</b>	
<b>NR TEL.</b>	
<b>ADRES E- MAIL</b>	
<b>NAZWA BANKU, NR KONTA</b>	

**2. Oświadczenie dotyczące minimalnej / maksymalnej liczby godzin:**

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

**3. Proponuję zryczałtowaną stawkę za 1 godzinę pracy:**

<b>Udzielanie świadczeń medycznych jako lekarz systemu- kierownik ZRM specjalistycznego zespołu ratownictwa medycznego.</b> <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>	<b>..... (wartość w PLN)*</b>
---	-----------------------------------

**\*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):**

<input type="checkbox"/> dyplomu poświadczającego kwalifikacje zawodowe lekarza
<input type="checkbox"/> prawo wykonywania zawodu
<input type="checkbox"/> specjalizacji lub dokumentów potwierdzających rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego
<input type="checkbox"/> oświadczenie o zapoznaniu się z Klauzulą Informacyjną RODO w zakresie przetwarzania danych osobowych (wymagany załącznik nr 3 do SWKO)
<input type="checkbox"/> 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)
<input type="checkbox"/> zaświadczenie o przeszkoleniu w zakresie BiHP i P/poż. lub oświadczenie o dostarczeniu po rozstrzygnięciu postępowania konkursowego (wymagany zał. 4 do SWKO)
<input type="checkbox"/> 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)
<input type="checkbox"/> polisy ubezpieczeniowej OC w zakresie ochrony mienia / lub oświadczenie o jej dostarczeniu po rozstrzygnięciu postępowania konkursowego (wymagany zał. 4 do SWKO)
<input type="checkbox"/> wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej
<input type="checkbox"/> wpis do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (w formie wyciągu – rubryka 1-17 i 25)
<input type="checkbox"/> certyfikatu ALS/ACLS certyfikowanego przez ERC/AHA
<input type="checkbox"/> certyfikatu EPLS/PALS/NLS certyfikowanego przez ERC/AHA
<input type="checkbox"/> certyfikatu ITLS/ETC/PHTLS

**5. Kryteria oceny punktowej oferty / zakres lekarski / – ZAZNACZA OFERENT stawiając znak X w wybranych pozycjach:**

<b>A. KRYTERIUM – KWALIFIKACJE max 30 pkt.</b>	<b>WAGA</b>	<b>Właściwe zaznaczyć krzyżykiem X</b>
<b>1. KWALIFIKACJE ZAWODOWE* max 15 pkt.</b>		
<b>POSIADANE SPECJALIZACJE / w trakcie specjalizacji (WYMAGANA W ZAKRESIE PRZEDMIOTU OFERTY)</b>		
lekarz posiadający specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie: anestezjologii i intensywnej terapii, medycyny ratunkowej, neurologii, chorób wewnętrznych, kardiologii, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii lub pediatrii	15 pkt	
lekarz po drugim roku specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, medycyny ratunkowej, neurologii, który kontynuuje specjalizację	10 pkt	
lekarz, który w ramach szkolenia specjalizacyjnego ukończył moduł podstawowy w dziedzinie: chorób wewnętrznych, pediatrii lub chirurgii ogólnej i kontynuuje lub zakończył szkolenie specjalizacyjne	5 pkt	
<b>2. KURSY (aktualne kursy- certyfikaty) max 15 pkt.</b>		
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

<b>B. KRYTERIUM – DOŚWIADCZENIE max 10 pkt.</b>	<b>WAGA</b>	<b>Właściwe zaznaczyć krzyżykiem X</b>
<b>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.</b>		
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.		
<b>C. KRYTERIUM – DYSPOZYCYJNOŚĆ max 30 pkt.</b>	<b>WAGA</b>	<b>Właściwe zaznaczyć krzyżykiem X</b>
<b>1. DEKLAROWANA LICZBA GODZIN ŚWIADCZENIA USŁUG W MIESIĄCU: ( zgodnie ze wskazaną w pkt.2 formularza ofertowego) max. 15 pkt.</b>		
<b>DEKLAROWANA MAKSYMALNA LICZBA GODZIN ŚWIADCZENIA USŁUG W MIESIĄCU</b>		
49-96	5 pkt	
97-168	10 pkt	
Powyżej 168	15 pkt	
<b>2. W ZAKRESIE OKRESU TRWANIA UMOWY max. 15 pkt.</b>		
12 MIESIĘCY	5 pkt	
13-24 MIESIĘCY	10 pkt	
POWYŻEJ 24 MIESIĘCY	15 pkt	
<b>D. KRYTERIUM – CENA max 15 pkt.</b>	<b>WAGA</b>	<b>Właściwe zaznaczyć krzyżykiem X</b>
<b>1. WSKAZANA STAWKA GODZINOWA w PLN brutto (zgodnie ze wskazaną w pkt.3 formularza ofertowego)</b>		
Powyżej 150	5 pkt	
130-150	10 pkt	
Poniżej 130	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 pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach uzgodnionych przez Strony – zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Udzielającego zamówienia.
- 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



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

wykonywujących działalność leczniczą (zaświadczenie/wyciąg/wydruk z systemu z aktualnej księgi 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 – oświadczenie, że dysponuję osobami zdolnymi do wykonania zamówienia wraz z imiennym wykazem tych osób oraz ich kwalifikacji zgodnie z pkt.4 formularza ofertowego.
- 8) Posiadam wymagane ubezpieczenie o odpowiedzialności cywilnej /zawrę umowę o odpowiedzialności cywilnej i dostarczę kopię polisy najpóźniej w terminie podpisania umowy - **zgodnie ze złożonym odrębnym oświadczeniem (załącznik nr 4 do SWKO).**
- 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) Nie byłam/-em karana/-y za przewinienia / przestępstwa umyślne - **zgodnie ze złożonym odrębnym oświadczeniem (załącznik nr 5 do SWKO).**
- 11) Zapoznałam / -em się z Klauzulą Informacyjną w zakresie przetwarzania danych osobowych - **zgodnie ze złożonym odrębnym oświadczeniem (załącznik nr 3 do SWKO).**
- 12) Załączone kserokopie dokumentów wykonane zostały z oryginału dokumentu, a zawarte w nich dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
- 13) Dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień składania oferty.
- 14) Samodzielnie rozliczam się z urzędem skarbowym i ZUS-em.
- 15) 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 podpisania 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.