Dane dotyczące Udzielającego Zamówienia: **Załącznik nr 3 do Ogłoszenia**

Nazwa: **INSTYTUT „POMNIK-CENTRUM ZDROWIA DZIECKA”**

Siedziba: **04-730 Warszawa, al. DZIECI POLSKICH 20**

FORMULARZ OFERTOWY

## Dane dotyczące Przyjmującego Zamówienie:

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i Nazwisko lub****nazwa firmy pod którą działa Oferent** |  |
| **ADRES** | **Kod pocztowy** |  |
| **Miejscowość** |  |
| **Ulica** |  |
| **Nr domu/ mieszkania** |  |
| **NIP\*** |  |
| **REGON\*** |  |
| **nr dowodu osobistego**  | **Seria …………numer…………………. wydany przez………………………………………** |
| **PESEL**  |  |
| **Nazwisko rodowe** |  |
| **Imiona rodziców** |  |
| **adres email** |  |
| **telefon** |  |

## Zobowiązania Przyjmującego Zamówienie:

Nawiązując do Ogłoszenia o konkursie ofert na Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w zakresie chirurgii plastycznej na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka" – KO/CZD/107/22.

1. Oświadczam, że zapoznałem się z ogłoszeniem o konkursie zawierającym w szczególności przedmiot konkursu, kryteria oceny ofert oraz warunki stawiane oferentom.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Istotnych Postanowień Umowy stanowiących załącznik nr 2 do Ogłoszenia oraz z klauzulą informacyjną, dotyczącą przetwarzania danych osobowych osób zawierających umowy o świadczenia zdrowotne znajdującą się na stronie *www.czd.pl*, w zakładce *O Instytucie* i nie zgłaszam do nich żadnych uwag.
3. Oświadczam, że dane zawarte w złożonych dokumentach, o których mowa w pkt 5.1 Ogłoszenia są aktualne
na dzień składania ofert.
4. Oświadczam, że podczas obowiązywania niniejszej umowy nie będę pozostawał w stosunku pracy z Udzielającym Zamówienia w zakresie pokrywającym się z przedmiotem niniejszego konkursu.
5. Posiadam/Osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia posiada **wykształcenie wyższe medyczne.**
6. Posiadam/Osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia posiada **aktualne badania lekarskie** niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych – potwierdzające spełnienie warunku, o którym mowa
w pkt. 5.5. Ogłoszenia.
7. Oświadczam, że przed zawarciem Umowy zobowiązuje się zapoznać ze zbiorem wytycznych i zasad obowiązujących w Instytucie „Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka” – dotyczy osób mających po raz pierwszy kontakt z organizacją pracy w Instytucie, zatrudnionych na podstawie umowy cywilnoprawnej, świadczący pracę na terenie Instytutu, zgodnie z procedurą nr PIII;QP2.

……................., dnia ……………….. …………………………………….. *(podpis Oferenta)*

**\*** informacje wymagane dla osób prowadzących działalność gospodarczą,

**Załącznik nr 3 do Ogłoszenia**

Spis załączników:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj dokumentu** | **Dołączono do oferty (zaznaczyć „x”)** |
| **TAK** | **NIE** |
| **1** | Dokument potwierdzający posiadanie prawa wykonywania zawodu lekarza |  |  |
| **2** | Dokument potwierdzający posiadanie specjalizacji w dziedzinie chirurgii dziecięcej |  |  |
| **3** | Dokument potwierdzający posiadanie specjalizacji w dziedzinie chirurgii plastycznej |  |  |
| **4** | Formularz ofertowy (załącznik nr 3 do Ogłoszenia) |  |  |
| **5** | Formularz cenowy (załącznik nr 4 do Ogłoszenia) |  |  |
| **6** | Wykaz personelu, który będzie udzielać świadczeń będących przedmiotem umowy (załącznik nr 4.1. do Ogłoszenia) - dotyczy grupowych praktyk lekarskich oraz podmiotów leczniczych |  |  |
| **7** | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5a do Ogłoszenia)- dotyczy osób fizycznych, jednoosobowych praktyk lekarskich oraz osób wyznaczonych przez oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem w przypadku grupowych praktyk lekarskich |  |  |
| **8** | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5b do Ogłoszenia) - dotyczy wyłącznie podmiotów leczniczych |  |  |
| **9** | Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) |  |  |
| **10** | Wydruk z RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) |  |  |
| **11** | Aktualna polisa OC |  |  |
| **12** | Inne- wymienić jakie................................................................................................ |  |  |

 .................................................

  *(Podpis Oferenta)*

**Załącznik nr 4 do Ogłoszenia**

**Udzielający ZamówieniA:**

Instytut "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka", 04-730 Warszawa, Al. Dzieci Polskich 20

**PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE:**

Nazwa firmy/Imię i nazwisko Przyjmującego Zamówienie: ……………………….........…..........……........…………………………

Adres Przyjmującego Zamówienie: ……………………………………………………............………….........…….................……………..

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w zakresie chirurgii plastycznej na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka" – KO/CZD/107/22**

## Formularz cenowy

##

**Kryterium a) cena – dotyczy wszystkich Oferentów (należy uzupełnić kolumnę nr 5):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres** | **Maksymalna szacunkowa miesięczna liczba świadczeń** | **Maksymalna cena jednostkowa za świadczenie w PLN** | **Oferowana cena jednostkowa za świadczenie w PLN** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **I. Świadczenia zabiegowe** |
| **1.** **świadczenia z grupy B33 Średnie zabiegi na aparacie ochronnym oka** | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | **6** | **440,00 zł** |  |
| dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | **404,00 zł** |  |
| dla dzieci powyżej 9 r.ż. | **367,00 zł** |  |
| **2. świadczenia z grupy PZC 02 Duże zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani < 18 r.ż.** | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | **1 836,00 zł** |  |
| dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | **1 683,00 zł** |  |
| dla dzieci powyżej 9 r.ż. | **1 530,00 zł** |  |
| **3. świadczenia z grupy PZC 06 Duże zabiegi szczękowo-twarzowe < 18 r.ż.** | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | **6 046,00 zł** |  |
| dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | **5 542,00 zł** |  |
| dla dzieci powyżej 9 r.ż. | **5 038,00 zł** |  |
| **4. świadczenia z grupy PZC 08 Małe zabiegi szczękowo-twarzowe < 18 r.ż.** | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | **498,00 zł** |  |
| dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | **456,00 zł** |  |
| dla dzieci powyżej 9 r.ż. | **415,00 zł** |  |
| **5. świadczenia z grupy PZC 13 Małe zabiegi korekcyjne wad wrodzonych twarzoczaszki, jamy ustnej i gardła < 18 r.ż.** | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | **1 224,00 zł** |  |
| dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | **1 122,00 zł** |  |
| dla dzieci powyżej 9 r.ż. | **1 020,00 zł** |  |
| **6. świadczenia z grupy PZC 14 Kompleksowe zabiegi uszu < 18 r.ż.** | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | **6 198,00 zł** |  |
| dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | **5 681,00 zł** |  |
| dla dzieci powyżej 9 r.ż. | **5 165,00 zł** |  |
| **7. świadczenia z grupy PZC 15 Duże zabiegi uszu < 18 r.ż.** | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | **2 563,00 zł** |  |
| dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | **2 350,00 zł** |  |
| dla dzieci powyżej 9 r.ż. | **2 136,00 zł** |  |
| **8. świadczenia z grupy PZC 16 Średnie zabiegi uszu < 18 r.ż.** | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | **766,00 zł** |  |
| dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | **702,00 zł** |  |
| dla dzieci powyżej 9 r.ż. | **638,00 zł** |  |
| **9. świadczenia z grupy PZ 99 Inne procedury zabiegowe < 18 r.ż.** | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | **364,00 zł** |  |
| dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | **333,00 zł** |  |
| dla dzieci powyżej 9 r.ż. | **303,00 zł** |  |
| **II.Świadczenia ambulatoryjne** |
| **1. WO1 Świadczenie pohospitalizacyjne** | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | **10** | **62,00 zł** |  |
| dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 18 r.ż. | **50,00 zł** |  |
| **2. WO2 Świadczenia receptowe** | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | **14,00 zł** |  |
| dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 18 r.ż. | **12,00 zł** |  |
| **3. W11 Świadczenie specjalistyczne 1-go typu** | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | **57,00 zł** |  |
| dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 18 r.ż. | **46,00 zł** |  |
| **4. W12 Świadczenie specjalistyczne 2-go typu** | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | **97,00 zł** |  |
| dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 18 r.ż. | **78,00 zł** |  |
| **5. W13 Świadczenie specjalistyczne 3-go typu** | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | **171,00 zł** |  |
| dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 18 r.ż. | **139,00 zł** |  |
| **6. W14 Świadczenie specjalistyczne 4-go typu** | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | **222,00 zł** |  |
| dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 18 r.ż. | **180,00 zł** |  |
| **7. W15 Świadczenie specjalistyczne 5-go typu** | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | **72,00 zł** |  |
| dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 18 r.ż. | **59,00 zł** |  |
| **8. W16 Świadczenie specjalistyczne 6-go typu** | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | **85,00 zł** |  |
| dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 18 r.ż. | **69,00 zł** |  |
| **9. W17 Świadczenie specjalistyczne 7-go typu** | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | **134,00 zł** |  |
| dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 18 r.ż. | **109,00 zł** |  |

**KRYTERIUM b) Jakość1,2** – **dotyczy wszystkich Oferentów (dane o osobie udzielającej przedmiotu zamówienia)**

Oświadczenie, o posiadaniu doświadczenia w pracy po uzyskaniu specjalizacji z zakresu chirurgii plastycznej - spełnienie warunku o którym mowa w pkt. 5.6. Ogłoszenia: *(należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):*

 Brak doświadczenia

 1-5 lata doświadczenia

 powyżej 5 lat doświadczenia

*1. Udzielający zamówienia ma prawo zweryfikować przekazaną informację i zwrócić się do Oferenta o przedstawienie dokumentów potwierdzających posiadanie doświadczenia w pracy po uzyskaniu specjalizacji z zakresu chirurgii plastycznej.*

*2.* *W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w formularzu cenowym informacji, że posiada doświadczenie w pracy po uzyskaniu specjalizacji z zakresu chirurgii plastycznej, Udzielający Zamówienia nie przyzna punktów w kryterium jakość.*

.…………………., dnia ……………………… ……………………………………

 *(podpis Oferenta)*

**Udzielający Zamówienie informuje, że każda zmiana w Formularzu cenowym ( w zakresie Kryterium a) cena) będzie skutkowała odrzuceniem Oferty.**

**Załącznik nr 4.1. do Ogłoszenia**

**Wykaz personelu - dotyczy podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi (grupowe praktyki lekarskie) oraz podmiotów leczniczych:**

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko osoby wyznaczonej do udzielania świadczeń zdrowotnych |
| 1. |   |

.…………………., dnia ……………………… …………………………… *(podpis Oferenta)*

**Załącznik nr 5 do Ogłoszenia**

**5a**

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych -** dotyczy osób fizycznych, jednoosobowych praktyk lekarskich oraz osób wyznaczonych przez oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem w przypadku grupowych praktyk lekarskich

Ja, niżej podpisana/podpisany………………………………………………………………….

w związku z ubieganiem się o zawarcie umowy w ramach ogłoszonych przez Instytut Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie konkursów na świadczenia zdrowotne opartych o ustawę o działalności leczniczej, na podstawie art. 6 ust.1 pkt a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych Dz.U.UE.L.2016.119.1) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Instytut Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie.

Jednocześnie oświadczam, że znana jest mi treść klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania moich danych osobowych.

Podpis ………………………………..

LUB

**5b**

 **Zgoda na przetwarzanie danych osobowych -** dotyczy podmiotów leczniczych

Ja, niżej podpisana/podpisany………………………………………………………………….

w związku z ubieganiem się o zawarcie umowy w ramach ogłoszonych przez Instytut Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie konkursów na świadczenia zdrowotne opartych o ustawę o działalności leczniczej, na podstawie art. 6 ust.1 pkt a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych Dz.U.UE.L.2016.119.1) oświadczam, że osoba/y wyznaczone do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem wyraziła/y zgodę na przetwarzanie i udostępnianie swoich danych osobowych, przez Instytut Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie oraz jednocześnie oświadczam, że osoba/y wyznaczone przez oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem zapoznała/ły się z treścią klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania danych osobowych.

Podpis ………………………………..