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 dziedzinie gastroenterologii na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka"- KO/CZD/125/22.

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.**
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. 5.4. 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 z zakresu gastroenterologii lub gastroenterologii dziecięcej |  |  |
| **3** | Dokument fakultatywny (nieobowiązkowy): dokument potwierdzający posiadanie Tytułu Doktora Nauk Medycznych. |  |  |
| **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** | Oświadczenie o posiadanym minimum 10 letnim doświadczeniu w pracy z pacjentami pediatrycznymi z AIH (załącznik nr 6 do ogłoszenia) |  |  |

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

*(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 dziedzinie gastroenterologii na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka"- KO/CZD/125/22.**

## Formularz cenowy

**KRYTERIUM a): Cena - dotyczy wszystkich Oferentów** *(należy uzupełnić):*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **1.** | **2.** | **3.** | **4.** |
| **Nazwa świadczenia** | **Miesięczna liczba świadczeń** | **Długość realizacji świadczeń** | **Oferowane wynagrodzenie za jedno świadczenie** | **Łączna wartość świadczenia podczas obowiązywania umowy *(1 x 2 x 3=4)*** |
| **Jedno świadczenie wykonywane w ramach programu opieki kompleksowej nad pacjentami z AIH oraz PSC** | 40 | 12 | ………………….………….………zł brutto Słownie:  ………………………………….… zł brutto | ……………………………………..zł brutto Słownie:  …………………………………..…zł brutto |
| **Wykonanie i interpretacja badania fibroskanu wątroby** | 40 | 12 | …………………………….……….zł brutto Słownie:  …………………………….…….…zł brutto | …………………………………..…zł brutto Słownie:  …………………………………….zł brutto |
|  |  |  |  | **SUMA WARTOŚCI ŚWIADCZEŃ**  ……………………………...……zł brutto Słownie:  …………………………………..…zł brutto |

**KRYTERIUM b): Jakość - dotyczy wszystkich Oferentów*1*** *(należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A. | Brak dokumentu potwierdzającego posiadanie Tytułu Doktora Nauk Medycznych. |  |
| B. | Przedstawiam dokument potwierdzający posiadanie Tytułu Doktora Nauk Medycznych. |  |

***1*** *W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o* dokumencie potwierdzającym posiadanie Tytułu Doktora Nauk Medycznych *wymienionego w punkcie 5 ust. 6 Ogłoszenia, ale go przedstawi Udzielający Zamówienia uzna, że Oferent posiada wymieniony dokument i przyzna punkty.*

***1*** *W przypadku, gdy Oferent wskaże w Formularzu cenowym, że posiada dokument potwierdzający* posiadanie Tytułu Doktora Nauk Medycznych *wymieniony w punkcie 5 ust. 6 Ogłoszenia, ale go nie przedstawi, Udzielający Zamówienia nie wezwie Oferenta do uzupełnienia oferty.*

.…………………., 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 ………………………………..

**Załącznik nr 6 do Ogłoszenia**

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

Oświadczam, że posiadam/że osoba wyznaczona przez Oferenta do udzielania świadczeń objętych zamówieniem posiada (*niewłaściwe skreślić*) udokumentowane minimum 10 letnie doświadczenie w pracy z pacjentami pediatrycznymi z AIH. 1, 2

…………………………………………………………

(data i podpis Oferenta )

1. Udzielający zamówienia ma prawo zweryfikować przekazaną informację i zwrócić się do Oferenta o przedstawienie dokumentów potwierdzających posiadane doświadczenie w pracy z pacjentami pediatrycznymi z AIH.

2. W przypadku braku złożonego oświadczenia o posiadanym doświadczeniu w pracy z pacjentami pediatrycznymi z AIH, Udzielający zamówienia wezwie oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.