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:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa firmy pod którą działa Oferent** |  |
| **ADRES** | **Kod pocztowy** |  |
| **Miejscowość** |  |
| **Ulica** |  |
| **Nr domu/ lokalu** |  |
| **NIP** |  |
| **REGON** |  |
| **adres email** |  |
| **telefon** |  |

## Zobowiązania Przyjmującego Zamówienie:

Nawiązując do Ogłoszenia o konkursie ofert pn. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze polegających na pobieraniu fragmentu wątroby od dawców żywych na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka”

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 posiadam warunki lokalowe, wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny oraz personel, które pozwolą na realizację oferowanego zakresu świadczeń objętych ofertą - spełnienie warunku o którym mowa w pkt. 5.3. Ogłoszenia

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

**Załącznik nr 3 do Ogłoszenia**

Spis załączników:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj dokumentu** | **Dołączono do oferty (zaznaczyć „x”)** |
| **TAK** | **NIE** |
| **1** | Dokument potwierdzający uzyskanie pozwolenie ministra właściwego do spraw zdrowia na pobieranie i przeszczepianie wątroby od dawców żywych |  |  |
| **2** | Wydruk (nie zaświadczenie o wpisie) z RPWDL |  |  |
| **3** | Wydruk lub odpis z właściwego rejestru KRS (Krajowy Rejestr Sądowy) |  |  |
| **4** | Dokument nieobowiązkowy (fakultatywny): aktualny Certyfikat akredytacyjny Ministra Zdrowia potwierdzający spełnienie standardów akredytacyjnych dla leczenia szpitalnego |  |  |
| **5** | Formularz ofertowy (załącznik nr 3 do Ogłoszenia) |  |  |
| **6** | Formularz cenowy (załącznik nr 4 do Ogłoszenia) |  |  |
| **7** | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5 do Ogłoszenia) |  |  |
| **8** | Aktualna polisa OC |  |  |
| **9** | 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 podmioty lecznicze polegających na pobieraniu fragmentu wątroby od dawców żywych na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka"- nr sprawy KO/CZD/128/22**

## Formularz cenowy

##

**Kryterium a) cena**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa świadczenia | Oferowana cena za świadczenie w PLN brutto*(wypełnia oferent)* |
| pobranie fragmentu wątroby od dawcy żywego | …………...…… PLN Słownie: ................................................................ |

**Kryterium b) Dostępność**

Oświadczenie oferenta o odległości w jedną stronę od Udzielającego Zamówienia do miejsca udzielania świadczeń - Odległość ma być zmierzona wyłącznie na drogach utwardzonych oraz z wykorzystaniem nawigacji <https://Google.pl/maps> ¹ *(należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):*

 poniżej 60km od siedziby Udzielającego zamówienia

 powyżej 60km od siedziby Udzielającego zamówienia

**Kryterium c) Ciągłość**

Oświadczenie Oferenta o zrealizowaniu minimum 100 pobrań fragmentu wątroby od żywego dawcy ² ³ - spełnienie warunku o którym mowa w pkt. 5.7. Ogłoszenia  *(należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):*

 Mniej niż 100 pobrań

 Więcej niż 100 pobrań

**Kryterium d) Jakość**

Posiadam aktualny Certyfikat akredytacyjny Ministra Zdrowia potwierdzający spełnienie standardów akredytacyjnych dla leczenia szpitalnego ⁴- spełnienie warunku o którym mowa w pkt. 5.8. Ogłoszenia: *(należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):*

 Brak aktualnego Certyfikatu

 Przedstawiam aktualny Certyfikat

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

 *(podpis Oferenta)*

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

*¹ W przypadku, gdy Oferent w Formularzu asortymentowo-cenowym nie wskaże odległości Oferenta od siedziby Udzielającego Zamówienia, Udzielający Zamówienia sprawdzi odległość we własnym zakresie z wykorzystaniem nawigacji* [*https://Google.pl/maps*](https://Google.pl/maps)*, z uwzględnieniem wyłącznie dróg utwardzonych.*

*² Udzielający zamówienia ma prawo zweryfikować przekazaną informację i zwrócić się do Oferenta o przedstawienie dokumentów potwierdzających liczbę zrealizowanych pobrań fragmentu wątroby od żywego dawcy.*

*³ W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w formularzu cenowym informacji, o liczbie zrealizowanych pobrań fragmentu wątroby od żywego dawcy, Udzielający Zamówienia wezwie Oferenta do uzupełnienia oferty.*

*⁴ W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu asortymentowo-cenowym informacji o dokumencie potwierdzającym posiadanie Certyfikatu akredytacyjnego Ministra Zdrowia potwierdzającego spełnienie standardów akredytacyjnych dla leczenia szpitalnego, ale go przedstawi Udzielający Zamówienia uzna, że Oferent posiada wymieniony certyfikat.*

*W przypadku, gdy Oferent wskaże w Formularzu asortymentowo-cenowym, że posiada dokument potwierdzający posiadanie Certyfikatu akredytacyjnego Ministra Zdrowia potwierdzającego spełnienie standardów akredytacyjnych dla leczenia szpitalnego, ale go nie przedstawi, Udzielający Zamówienia wezwie Oferenta do uzupełnienia oferty.*

**Załącznik nr 5 do Ogłoszenia**

 **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 ………………………………..