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 pn. Udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w dziedzinie psychiatrii na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka”-3 osoby, powtórzenie KO/CZD/99/22.

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. 5.4. 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 w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży |  |  |
| **3** | Dokument potwierdzający posiadanie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii  |  |  |
| **4** | Dokument potwierdzający odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży (po 2 roku szkolenia specjalizacyjnego) |  |  |
| **5** | Formularz ofertowy (załącznik nr 3 do Ogłoszenia) |  |  |
| **6** | Formularz cenowy (załącznik nr 4 do Ogłoszenia) |  |  |
| **7** | Wykaz personelu, który będzie udzielać świadczeń będących przedmiotem umowy (załącznik nr 4.1. do Ogłoszenia) - dotyczy grupowych praktyk lekarskich oraz podmiotów leczniczych |  |  |
| **8** | 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 |  |  |
| **9** | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5b do Ogłoszenia) - dotyczy wyłącznie podmiotów leczniczych |  |  |
| **10** | Oświadczenie Oferenta dotyczące możliwości realizacji przedmiotu zamówienia(załącznik nr 6 do Ogłoszenia) |  |  |
| **11** | Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) |  |  |
| **12** | Wydruk z RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) |  |  |
| **13** | Aktualna polisa OC |  |  |
| **14** | 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 ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w dziedzinie psychiatrii na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka”- 3 osoby, powtórzenie KO/CZD/99/22.**

## Formularz cenowy

##

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

**Oferowane wynagrodzenie za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych**

…………………………. zł brutto Słownie: ………………………………………..........……… zł brutto

**KRYTERIUM b) Jakość**– **dotyczy osób fizycznych i osób prowadzących jednoosobowe praktyki lekarskie**

Oświadczenie, o uczestnictwie w konferencjach naukowych poświęconych psychiatrii dzieci i młodzieży ¹: *(należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku x):*

 Uczestniczyłam/em w konferencjach naukowych poświęconych psychiatrii dzieci i młodzieży

 Nie uczestniczyłam/em w konferencjach naukowych poświęconych psychiatrii dzieci i młodzieży

*¹ W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o tym, że uczestniczył w konferencjach naukowych poświęconych psychiatrii dziecięcej, Udzielający Zamówienia nie przyzna punktów w kryterium jakość*

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

 *(podpis Oferenta)*

Udzielający Zamówienie informuje,żekażda zmiana w Formularzu cenowym 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 (***należy wskazać spełnienie kryteriów poprzez postawienie znaku X)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Kryterium jakość\*** | **Oświadczenie dotyczące możliwości realizacji przedmiotu zamówienia** |
| Lp. | Imię i nazwisko osoby wyznaczonej do udzielania świadczeń zdrowotnych | Uczestnictwo w konferencjach naukowych poświęconych psychiatrii dzieci i młodzieży | Brak potwierdzonego udziału w konferencjach naukowych poświęconych psychiatrii dzieci i młodzieży | Deklaruję średnio co miesiąc możliwość realizacji przedmiotu zamówienia w wysokości  liczby godzin -**należy wskazać deklarowaną średnią liczbę godzin miesięcznie z przedziału 6- 160 godzin** |
| 1. |   |   |    |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |   |   |    |  |

**\*W przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi (grupowa praktyka lekarska), należy wybrać jedną odpowiedź osobno dla każdej z osób wyznaczonych przez Oferenta do realizacji przedmiotu zamówienia dla Kryterium b) Jakość.**

**\*W przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi (grupowa praktyka lekarska), punkty w Kryterium b) jakość będą przyznane proporcjonalnie do liczby osób, wyznaczonych przez Oferenta do realizacji przedmiotu zamówienia.**

.…………………., 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 dotyczące możliwości realizacji przedmiotu zamówienia – **dotyczy osób fizycznych i osób prowadzących jednoosobowe praktyki lekarskie**

Deklaruję średnio co miesiąc możliwość realizacji przedmiotu zamówienia w wysokości  ……….....  liczby godzin - **należy wskazać deklarowaną średnią liczbę godzin miesięcznie z przedziału pomiędzy 6 a 160 godzin.**

…………………………… *(podpis Oferenta)*