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 dla Zadania nr 1 i dla Zadania nr 2

## 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 świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w dziedzinie neurochirurgii na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka", 2 Zadania (3 osoby), nr sprawy KO/CZD/02/23.

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/Osoby wyznaczona/wyznaczone do realizacji przedmiotu zamówienia posiada/posiadają **wykształcenie wyższe medyczne.**
6. Posiadam/Osoba/Osoby wyznaczona/wyznaczone do realizacji przedmiotu zamówienia posiada/posiadają **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.
8. **Oświadczam, że składam ofertę na Zadanie numer *(należy wybrać jedną preferowaną opcję poprzez postawienie znaku X):* a) 1 b) 2**

……................., 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 neurochirurgii |  |  |
| **3** | Formularz ofertowy (załącznik nr 3 do Ogłoszenia) |  |  |
| **4** | Formularz cenowy (załącznik nr 4 do Ogłoszenia) |  |  |
| **5** | Wykaz personelu, który będzie udzielać świadczeń będących przedmiotem  umowy (załącznik nr 4.1. do Ogłoszenia) - dotyczy grupowych  praktyk lekarskich oraz podmiotów leczniczych |  |  |
| **6** | 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 |  |  |
| **7** | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5b do Ogłoszenia) - dotyczy wyłącznie podmiotów leczniczych |  |  |
| **8** | Oświadczenie o spełnieniu warunku postawionego w punkcie 5.4. Ogłoszenia (załącznik nr 6 do Ogłoszenia) |  |  |
| **9** | Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) lub odpis z właściwego rejestru KRS (Krajowy Rejestr Sądowy) |  |  |
| **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 lekarzy specjalistów w dziedzinie neurochirurgii na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka", 2 Zadania (3 osoby), nr sprawy KO/CZD/02/23.**

## Formularz cenowy dla Zadania nr 1 i dla Zadania nr 2

## 

**Kryterium a) cena – dotyczy wszystkich Oferentów:**

**Zadanie nr 1**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Numer zadania**  1 | **Nazwa świadczenia**  2 | **Czas trwania umowy w miesiącach**  3 | **Miesięczna maksymalna liczba godzin udzielania świadczeń**  4 | **Cena jednostkowa za godzinę brutto (PLN)**  (należy uzupełnić)  5 | **Wartość zamówienia brutto (PLN)**  (należy uzupełnić)  6 =3 x 4 x 5 |
| **1.** | świadczenia lekarskie w dziedzinie neurochirurgii | 36 | Liczba godzin pracy na Bloku operacyjnym - **160 h** | ………………. zł  Słownie: ………………………………………………….. | A: ………………………….. zł |
| Liczba godzin pracy w Oddziale Neurochirurgii - **140 h** | ………………. zł  Słownie: ………………………………………………….. | B: …………………………… zł |
|  |  |  |  | **Suma A+B** | **………………………….. zł** |
|  | **Zadanie nr 2** |  |  |  |  |
| **Numer zadania**  1 | **Nazwa świadczenia**  2 | **Czas trwania umowy w miesiącach**  3 | **Miesięczna maksymalna liczba godzin udzielania świadczeń**  4 | **Cena jednostkowa za godzinę brutto (PLN)**  (należy uzupełnić)  5 | **Wartość zamówienia brutto (PLN)**  (należy uzupełnić)  6 =3 x 4 x 5 |
| **2.** | świadczenia lekarskie w dziedzinie neurochirurgii | 36 | Liczba godzin pracy na Bloku operacyjnym i w Oddziale Neurochirurgii - **300 h** | ………………. zł  Słownie: ………………………………………………….. | ……………………………. zł |

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

*(podpis Oferenta)*

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

**Załącznik nr 4 do Ogłoszenia**

**KRYTERIUM b) Jakość 1,2** – **dotyczy osób fizycznych oraz osób fizycznych będących podmiotami wykonującymi działalność leczniczą (jednoosobowe praktyki lekarskie):**

Oświadczenie Oferenta, że posiada publikacje w czasopismach punktowanych przez MEiN w zakresie neurochirurgii jako autor lub współautor - spełnienie warunku o którym mowa w pkt. 5.6. Ogłoszenia: *(należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):*

Brak publikacji

1-4 publikacje

5 i więcej publikacji

*1. Udzielający zamówienia ma prawo zweryfikować przekazaną informację i zwrócić się do Oferenta o przedstawienie dokumentów potwierdzających posiadanie publikacji w czasopismach punktowanych przez MEiN w dziedzinie neurochirirgii.*

*2.* *W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w formularzu cenowym informacji, że jest autorem/współautorem, publikacji w czasopismach punktowanych przez MEiN w dziedzinie neurochirurgii, Udzielający Zamówienia nie przyzna punktów w kryterium jakość.*

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

*(podpis Oferenta)*

**Załącznik nr 4.1. do Ogłoszenia**

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Oferent | Jakość ¹ ² | | |
| Imię i nazwisko osoby wyznaczonej do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia | Osoba wyznaczona do udzielania świadczeń nie posiada publikacji w czasopismach punktowanych przez MEiN w zakresie neurochirurgii jako autor lub współautor | Osoba wyznaczona do udzielania świadczeń posiada od 1 do 4 publikacji w czasopismach punktowanych przez MEiN w zakresie neurochirurgii jako autor lub współautor | Osoba wyznaczona do udzielania świadczeń posiada więcej niż 5 publikacji w czasopismach punktowanych przez MEiN w zakresie neurochirurgii jako autor lub współautor |
| należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X | | |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |

*1. Udzielający zamówienia ma prawo zweryfikować przekazaną informację i zwrócić się do Oferenta o przedstawienie dokumentów potwierdzających posiadanie publikacji w czasopismach punktowanych przez MEiN w dziedzinie neurochirirgii.*

*2.* *W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w formularzu cenowym informacji, że jest autorem/współautorem, publikacji w czasopismach punktowanych przez MEiN w dziedzinie neurochirurgii, Udzielający Zamówienia nie przyzna punktów w kryterium jakość.*

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 zgodnie z załącznikiem 4.1; 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 ( na podstawie uzupełnionych danych z załącznika 4.1)

.…………………., 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 o spełnieniu wymogu postawionego w punkcie 5.4. Ogłoszenia**:

Dotyczy osób fizycznych oraz osób fizycznych będących podmiotami wykonującymi działalność leczniczą (jednoosobowe praktyki lekarskie)*, (należy zaznaczyć, poprzez postawienie znaku X):*

Oświadczam, że posiadam:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa wymagania: | TAK | NIE |
| min. 6 lat doświadczenia w pracy w oddziale neurochirurgii dla dzieci |  |  |
| umiejętność pracy z systemami komputerowymi firmy Medtronic, w tym procedur laserowej termo ablacji oraz implantacji elektrod w leczeniu padaczki |  |  |
| znajomość i umiejętność obsługi systemów zastawkowych firmy Esculap |  |  |
| umiejętność obsługi i programowania stymulatorów w leczeniu padaczki oraz pomp baklofenowych |  |  |
| umiejętność leczenia chirurgicznego wrodzonych zniekształceń czaszki- co najmniej 100 wykonanych operacji |  |  |
| umiejętność zaopatrywania malformacji naczyniowych wieku dziecięcego – malformacji tętniczo-żylnych, tętniaków żyły Galena techniką wewnątrznaczyniową – co najmniej 30 zabiegów |  |  |
| doświadczenie w operacjach resekcji w padaczce lekoopornej, w tym kortykografii u dzieci |  |  |

Dotyczy podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi (grupowe praktyki lekarskie) oraz podmiotów leczniczych*,**(należy zaznaczyć, poprzez postawienie znaku X):*

Oświadczam, że Osoba/Osoby wyznaczona/wyznaczone do realizacji przedmiotu zamówienia posiada/posiadają:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Osoba nr 1 | Osoba nr 2 | Osoba nr 3 | Nazwa wymagania: |
|  |  |  | min. 6 lat doświadczenia w pracy w oddziale neurochirurgii dla dzieci |
|  |  |  | umiejętność pracy z systemami komputerowymi firmy Medtronic, w tym procedur laserowej termo ablacji oraz implantacji elektrod w leczeniu padaczki |
|  |  |  | znajomość i umiejętność obsługi systemów zastawkowych firmy Esculap |
|  |  |  | umiejętność obsługi i programowania stymulatorów w leczeniu padaczki oraz pomp baklofenowych |
|  |  |  | umiejętność leczenia chirurgicznego wrodzonych zniekształceń czaszki- co najmniej 100 wykonanych operacji |
|  |  |  | umiejętność zaopatrywania malformacji naczyniowych wieku dziecięcego – malformacji tętniczo-żylnych, tętniaków żyły Galena techniką wewnątrznaczyniową – co najmniej 30 zabiegów |
|  |  |  | doświadczenie w operacjach resekcji w padaczce lekoopornej, w tym kortykografii u dzieci |

………………………..………… *(podpis Oferenta)*

***Udzielający zamówienia informuje, że potwierdzeniem spełnienia wymogu postawionego w pkt. 5.4. Ogłoszenia jest posiadanie co najmniej 3 z 7 ww. wymagań.***