**Załącznik nr 3 do Ogłoszenia**

**Dane dotyczące Udzielającego Zamówienia:**

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 ratowników medycznych w Izbie Przyjęć na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”.

1. Zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia 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. Oświadczam, że posiadam **aktualne badania lekarskie** niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych – potwierdzające spełnienie warunku, o którym mowa w pkt. 5.4. Ogłoszenia.
6. Oświadczam, że posiadam 1 rok doświadczenia - potwierdzające spełnienie warunku, o którym mowa w pkt. 5.3. 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;**

Spis załączników:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj dokumentu** | **Dołączono do oferty (zaznaczyć „x”)** | |
| **TAK** | **NIE** |
| **1** | Dokument wymieniony w art. 2 Ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych: rozpoczęcie przed dniem 1 października 2019 r. studia na kierunku (specjalności) ratownictwo medyczne lub medycyna ratunkowa i uzyskała tytuł zawodowy licencjata lub magistra na tym kierunku (tej specjalności). |  |  |
| **2** | Dokument wymieniony w art. 2 Ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych: rozpoczęcie po roku akademickim 2018/2019 studia przygotowujące do wykonywania zawodu ratownika medycznego, prowadzone zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 68 ust. 3 pkt 1 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2022 r. poz. 574, z późn. zm.[2])), i uzyskała tytuł zawodowy licencjata lub magistra. |  |  |
| **3** | Dokument wymieniony w art. 2 Ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych: rozpoczęcie przed dniem 1 marca 2013 r. naukę w publicznej szkole policealnej lub niepublicznej szkole policealnej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego ratownika medycznego albo dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie ratownik medyczny. |  |  |
| **4** | Dokument wymieniony w art. 2 Ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych: posiada dyplom wydany w państwie innym niż państwo członkowskie, uznany w Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z przepisami ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce za równoważny z dyplomem i tytułem zawodowym, o którym mowa w lit. a lub b, i uzyskała prawo pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z przepisami ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach (Dz. U. z 2021 r. poz. 2354, z późn)) albo ustawy z dnia 14 lipca 2006 r. o wjeździe na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, pobycie oraz wyjeździe z tego terytorium obywateli państw członkowskich Unii Europejskiej i członków ich rodzin (Dz. U. z 2021 r. poz. 1697). |  |  |
| **5** | Dokument wymieniony w art. 2 Ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych: posiada kwalifikacje do wykonywania zawodu ratownika medycznego uznane w Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie przepisów ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej (Dz. U. z 2021 r. poz. 1646 oraz z 2022 r. poz. 1616). |  |  |
| **6** | Dokument wymieniony w art. 2 Ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych: posiada kwalifikacje uzyskane przed dniem 1 stycznia 2021 r. w Zjednoczonym Królestwie Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej uznane w Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie przepisów ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej przez Krajową Radę Ratowników Medycznych zwaną dalej „Krajową Radą”. |  |  |
| **7** | Formularz ofertowy (załącznik nr 3 do Ogłoszenia) |  |  |
| **8** | Formularz cenowy (załącznik nr 4 do Ogłoszenia) |  |  |
| **9** | Wykaz personelu (zał. nr 4.1. do ogłoszenia)–dotyczy podmiotów leczniczych |  |  |
| **10** | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych  (załącznik nr 5 do Ogłoszenia) **-** dotyczy wszystkich Oferentów |  |  |
| **11** | DOKUMENT NIEOBOWIĄZKOWY (FAKULTATYWNY) - Kurs specjalistyczny w zakresie RKO;  Kurs przetaczania krwi i środków krwiopochodnych. |  |  |
| **12** | Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy |  |  |
| **13** | Odpis z właściwego rejestru KRS (Krajowy Rejestr Sądowy) nie starszy niż 6 miesięcy |  |  |
| **15** | Wydruk z RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą)  nie starszy niż 3 miesiące |  |  |
| **16** | Aktualna polisa OC |  |  |
| **16** | Inne- wymienić jakie  ................................................................................................. |  |  |

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

Podpis Oferen

**Załącznik nr 4 do Ogłoszenia**

**UdzielaNIE Świadczeń zdrowotnych PRZEZ RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH W IZBIE PRZYJĘĆ na rzecz pacjentów INSTYTUTU "POMNIK- CENTRUM ZDROWIA DZIECKA"**

**Udzielający ZamówieniE:**

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

**PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE:**

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

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

**FORMULARZ CENOWY**

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

**Oferowane wynagrodzenie za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych:**

…………………………. zł brutto/godz.

Słownie: ………………………………………..........……… zł brutto /godz.

**KRYTERIUM b): Dostępność - dotyczy wszystkich Oferentów**

**Oświadczam, że w zakresie realizacji przedmiotu zamówienia deklaruję gotowość do pracy w liczbie godzin1** *(należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A. | 60-120 godzin miesięcznie |  |
| B. | 121-180 godzin miesięcznie |  |
| C. | 181-300 godzin miesięcznie |  |

*1W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o liczbie godzin gotowości do pracy, Udzielający Zamówienia wezwie Oferenta do uzupełnienia oferty.*

**KRYTERIUM c): Jakość - dotyczy wszystkich Oferentów 2***(należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A. | Brak udokumentowanych dodatkowych kwalifikacji zawodowych |  |
| B. | Przedstawiam udokumentowane dodatkowe kwalifikacje zawodowe |  |

*2 W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o dokumentach potwierdzających posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych* wymienionych w punkcie 5.5. Ogłoszenia*, ale je przedstawi Udzielający Zamówienia uzna, że Oferent posiada wymienione dokumenty i przyzna punkty.*

*W przypadku, gdy Oferent wskaże w Formularzu cenowym, że posiada dokument potwierdzający posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych* wymienionych w punkcie 5.5 Ogłoszenia*, ale ich nie przedstawi, Udzielający Zamówienia wezwie Oferenta do uzupełnienia oferty.*

*W przypadku gdy Oferent przedstawi jeden z wymienionych dokumentów potwierdzających posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych, Udzielający zamówienia przyzna maksymalną liczbę 2 punkty*

**Udzielający Zamówienie informuje, że każda zmiana w Formularzu cenowym, w zakresie KRYTERIUM a) cena, będzie skutkowała odrzuceniem oferty.**

………………., dnia ……………………… (podpis) ……………………………………

**Załącznik nr 4.1. do Ogłoszenia**

**Wykaz personelu- dotyczy podmiotów leczniczych** (*należy uzupełnić i wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X)*

W kryteriach oceny ofert można uzyskać:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Oferent | Dostępność1 | | | Jakość 2 | | |
| Imię i nazwisko | 60-120 godzin  miesięcznie | 121-180 godzin  miesięcznie | 180-300 godzin  miesięcznie | Brak udokumentowanych dodatkowych kwalifikacji zawodowych | | Przedstawiam udokumentowane dodatkowe kwalifikacje zawodowe |
| należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź  poprzez postawienie znaku X | | | | | |
| 1. |  |  |  |  |  |  | |

*1 W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o liczbie godzin gotowości do pracy, Udzielający Zamówienia wezwie Oferenta do uzupełnienia oferty.*

*2 W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o dokumentach potwierdzających posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych* wymienionych w punkcie 5.5 Ogłoszenia*, ale je przedstawi Udzielający Zamówienia uzna, że Oferent posiada wymienione dokumenty i przyzna punkty.*

*W przypadku, gdy Oferent wskaże w Formularzu cenowym, że posiada dokument potwierdzający posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych* wymienionych w punkcie 5.5 Ogłoszenia*, ale ich nie przedstawi, Udzielający Zamówienia wezwie Oferenta do uzupełnienia oferty.*

*W przypadku gdy Oferent przedstawi jeden z wymienionych dokumentów potwierdzających posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych, Udzielający zamówienia przyzna maksymalną liczbę 2 punkty*

(podpis Oferenta) ………………………………

**Załącznik nr 5 do Ogłoszenia**

**5 a Zgoda na przetwarzania danych osobowych -** dotyczy osób fizycznych oraz osób prowadzących indywidualną działalność gospodarczą.

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, dalej zwane „RODO”) 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 Oferenta………………………………..

**5 b 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 Oferenta ………………………………..