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 ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w Poradni Laryngologicznej przez lekarza specjalistę w zakresie otolaryngologii na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka" – 2 zadania (2 osoby):

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. 5.5. Ogłoszenia.
7. **Składam ofertę na zadanie** ***(należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):***
* **Zadanie nr 1: dotyczy udzielania świadczeń w Poradni Laryngologicznej nie mniej niż 1 raz w tygodniu. Zadanie będzie realizowane przez 1 osobę.**
* **Zadanie nr 2: dotyczy udzielania świadczeń w Poradni Laryngologicznej nie mniej niż 2 dni w tygodniu. Zadanie będzie realizowane przez 1 osobę.**

……................., 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 otolaryngologii lub otorynolaryngologii |  |  |
| **3** | Formularz ofertowy (załącznik nr 3 do Ogłoszenia) |  |  |
| **4** | Formularz cenowy (załącznik nr 4 do Ogłoszenia) |  |  |
| **5** | Wykaz personelu (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** | Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) |  |  |
| **9** | Wydruk z RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) |  |  |
| **10** | Aktualna polisa OC |  |  |
| **11** | Inne- wymienić jakie................................................................................................ |  |  |

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

 Miejscowość i data  *(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 w Poradni Laryngologicznej przez lekarza specjalistę w zakresie otolaryngologii na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka" – 2 zadania (2 osoby)**

## Formularz cenowy

**Kryterium a) cena – dotyczy wszystkich Oferentów (należy uzupełnić kolumnę 4 i 5):**

* 1. **Oferowane wynagrodzenie Dla zadania 1.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa świadczenia** | **Maksymalna szacunkowa liczba świadczeń podczas trwania umowy** | **Maksymalna cena jednostkowa za świadczenie w PLN** | **Oferowana cena jednostkowa za świadczenie w PLN** | **Wartość zamówienia *(5=2x4)*** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| W11 | *140* | *30,00 zł* |  |  |
| W11 teleporada | *200* | *30,00 zł* |  |  |
| W12 | *70* | *45,00 zł* |  |  |
| W13 | *1770* | *63,00 zł* |  |  |
| Z58 | *185* | *142,00 zł* |  |  |
| Z105 | *835* | *95,00 zł* |  |  |
| Konsultacja wewnątrzszpitalna | *120* | *45,00 zł* |  |  |
|  |  |  | **Całkowita wartość oferty *(suma kolumny 5)*** | …………………………PLNSłownie ………………………………. |

* 1. **Oferowane wynagrodzenie Dla zadania 2.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa świadczenia** | **Maksymalna szacunkowa liczba świadczeń podczas trwania umowy** | **Maksymalna cena jednostkowa za świadczenie w PLN** | **Oferowana cena jednostkowa za świadczenie w PLN** | **Wartość zamówienia *(5=2x4)*** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| W11 | *280* | *30,00 zł* |  |  |
| W11 teleporada | *400* | *30,00 zł* |  |  |
| W12 | *130* | *45,00 zł* |  |  |
| W13 | *3530* | *63,00 zł* |  |  |
| Z58 | *365* | *142,00 zł* |  |  |
| Z105 | *1665* | *95,00 zł* |  |  |
| Konsultacja wewnątrzszpitalna | *240* | *45,00 zł* |  |  |
|  |  |  | **Całkowita wartość oferty *(suma kolumny 5)*** | …………………………PLNSłownie ………………………………. |

**Kryterium b) jakość** - **dotyczy osób fizycznych oraz jednoosobowych praktyk lekarskich**

Oświadczam, że posiadam minimum 5 lat doświadczenia w pracy po uzyskaniu specjalizacji1: **(należy** ***wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A. | Posiadam minimum 5 lat doświadczenia w pracy po uzyskaniu specjalizacji |  |
| B. | Nie posiadam minimum 5 lat doświadczenia w pracy po uzyskaniu specjalizacji |  |

*1 W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o* minimum 5-letnim doświadczeniu w pracy po uzyskaniu specjalizacji*, Udzielający Zamówienia nie wezwie Oferenta do uzupełnienia oferty oraz nie przyzna punktów w kryterium jakość.*

**Udzielający Zamówienie informuje, że każda zmiana w Formularzu cenowym będzie skutkowała odrzuceniem Oferty.**

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

 *(podpis Oferenta)*

**Załącznik nr 4.1. do Ogłoszenia**

**Wykaz personelu, który będzie udzielać świadczeń będących przedmiotem umowy - dotyczy osób wyznaczonych przez Oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem w przypadku grupowych praktyk lekarskich i podmiotów leczniczych:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko osoby wyznaczonej przez Oferenta do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia** | **Oświadczam, iż personel wyznaczony do udzielania świadczeń posiada minimum 5 lat doświadczenia w pracy po uzyskaniu specjalizacji** |
|  | ***należy zaznaczyć odpowiedź poprzez postawienie znaku X*** |
| **IMIĘ I NAZWISKO** | Posiada minimum 5 lat doświadczenia w pracy po uzyskaniu specjalizacji | Nie posiada minimum 5 lat doświadczenia w pracy po uzyskaniu specjalizacji |
| **1.** |  |   |   |
| **2.** |  |   |   |

.…………………., 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 ………………………………..