**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 w zakresie opieki pielęgniarskiej w Poradniach Specjalistycznych na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka" – 11 zadań (13 osób).

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 w pracy - 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.
8. **Składam ofertę na zadanie *1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8/9/10/11 (niepotrzebne skreślić)***

……................., 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 potwierdzający posiadanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarza  |  |  |
| **2** | Formularz ofertowy (załącznik nr 3 do Ogłoszenia) |  |  |
| **3** | Formularz cenowy (załącznik nr 4 do Ogłoszenia) |  |  |
| **4** | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych(załącznik nr 5 do Ogłoszenia) **-** dotyczy wszystkich Oferentów |  |  |
| **7** | DOKUMENT NIEOBOWIĄZKOWY (FAKULTATYWNY) |  |  |
| **8** | Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy  |  |  |
| **9** | Wydruk z RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) nie starszy niż 3 miesiące |  |  |
| **10** | Aktualna polisa OC |  |  |
| **11** | Inne- wymienić jakie................................................................................................. |  |  |

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

Podpis Oferenta

**Załącznik nr 4 do Ogłoszenia**

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki pielęgniarskiej w Poradniach Specjalistycznych na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka" – 11 zadań (13 osób).**

**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): 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 5 punktów.*

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

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

**Załącznik nr 5 do Ogłoszenia**

**5 Zgoda na przetwarzania danych osobowych -** dotyczy wszystkich Oferentów.

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 ………………………………..