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** |  |

……................., dnia ……………….. …………………………………….. *(podpis Oferenta)*

**\*** informacje wymagane dla osób prowadzących działalność gospodarczą,

## Załącznik nr 3 do Ogłoszenia

## Zobowiązania Przyjmującego Zamówienie:

Nawiązując do Ogłoszenia o konkursie ofert na Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w zakresie Anestezjologii i Intensywnej terapiina rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka" 2 Zadania (3 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/że osoba/y wyznaczona/e do realizacji przedmiotu zamówienia podczas obowiązywania niniejszej umowy nie będę/nie będzie/nie będą pozostawała/pozostawać w stosunku pracy z Udzielającym Zamówienia w zakresie pokrywającym się z przedmiotem niniejszego konkursu.
5. Oświadczam, że posiadam/ Osoba/y wyznaczona/e do realizacji przedmiotu zamówienia posiada/ją **wykształcenie wyższe medyczne.**
6. Oświadczam, że posiadam/Osoba/y wyznaczona/e do realizacji przedmiotu zamówienia posiada/ją **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 składam ofertę na (należy wskazać numer zadania poprzez postawienie znaku X):**

**Zadanie nr 1**

**Zadanie nr 2**

……................., dnia ……………….. …………………………………….. *(podpis Oferenta)*

**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 Anestezjologii i Intensywnej Terapii  |  |  |
| **3** | Formularz ofertowy (załącznik nr 3 do Ogłoszenia) |  |  |
| **4** | Formularz cenowy (załącznik nr 4 do Ogłoszenia) |  |  |
| **5** | DOKUMENT NIEOBOWIĄZKOWY (FAKULTATYWNY) - dokument potwierdzający ukończenie kursu lub szkolenia z zakresu: medycyny paliatywnej i/lub echa serca i/lub blokad regionalnych pod kontrolą USG i/lub zastosowanie USG w ocenie miąższu płucnego i/lub ciągła terapia nerko zastępcza i/lub ECMO i/lub bronchofiberoskopia i/lub leczenie bólu. |  |  |
| **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) lub odpis z właściwego rejestru KRS (Krajowy Rejestr Sądowy) |  |  |
| **9** | Wydruk z RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) |  |  |
| **10** | Aktualna polisa OC |  |  |
| **11** | 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 zakresie Anestezjologii i Intensywnej terapii na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka" 2 Zadania (3 osoby).**

## Formularz cenowy

**Kryterium a) cena – dotyczy wszystkich Oferentów** (należy uzupełnić):

**Wynagrodzenie za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych …………………………………………........zł brutto/ godz.**

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

**Udzielający zamówienia przeznaczył na realizacje przedmiotu zamówienia kwotę nie wyższą niż** - **230,00 zł brutto za godzinę udzielania świadczeń [[1]](#footnote-1)\***

**Kryterium b): Jakość - dotyczy osób fizycznych oraz osób fizycznych będących podmiotami wykonującymi działalność leczniczą *¹ ² ³*** *(należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):*

**Oświadczam, że posiadam i załączam dokument potwierdzający ukończenie kursu lub szkolenia z zakresu:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. |  | TAK | NIE |
| 1 | medycyny paliatywnej |   |   |
| 2 | echa serca |   |   |
| 3 | blokad regionalnych pod kontrolą USG |   |   |
| 4 | zastosowania USG w ocenie miąższu płucnego |   |   |
| 5 | ciągłej terapii nerko zastępczej |   |   |
| 6 | ECMO |   |   |
| 7 | bronchofiberoskopii |  |  |
| 8 | leczenia bólu |  |  |

*¹ W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o posiadaniu dodatkowych kwalifikacji zawodowych wymienionych w punkcie 5.5 Ogłoszenia, ale je przedstawi Udzielający Zamówienia uzna, że Oferent posiada wymienione dokumenty i przyzna punkty w kryterium jakość.*

*² W przypadku, gdy Oferent wskaże w Formularzu cenowym, że posiada dodatkowe kwalifikacje zawodowe wymienione w punkcie 5.5 Ogłoszenia, ale ich nie przedstawi, Udzielający Zamówienia wezwie Oferenta do uzupełnienia oferty.*

*³ W przypadku, gdy Oferent przedstawi 2 lub więcej z dokumentów potwierdzających posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych, Udzielający Zamówienia przyzna maksymalną liczbę punktów w kryterium jakość.*

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

 *(podpis Oferenta)*

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

**KRYTERIUM c) Kompleksowość**– **dotyczy osób fizycznych i osób prowadzących jednoosobowe praktyki lekarskie**

Oświadczenie, o czynnym uczestnictwie w konferencjach naukowych poświęconych Anestezjologii i Intensywnej Terapii jako wykładowca lub prowadzący sesję ¹: *(należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku x):*

 Potwierdzam czynne uczestnictwo w konferencjach naukowych poświęconych Anestezjologii i Intensywnej Terapii

 Brak czynnego udziału w konferencjach naukowych poświęconych Anestezjologii i Intensywnej terapii

*¹ Udzielający zamówienia ma prawo zweryfikować przekazaną informację i zwrócić się do Oferenta o przedstawienie dokumentów potwierdzających czynny udział w konferencjach naukowych poświęconych Anestezjologii i Intensywnej Terapii.*

.…………………., 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** ¹²³⁴5

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Oferent | Jakość  | Kompleksowość | Numer Zadania |
| Imię i nazwiskoOsoby wyznaczonej przez Oferenta do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia | Oświadczam, że Osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia posiada dokumenty potwierdzające posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych szczegółowo opisanych w pkt. 5.5. Ogłoszenia | Potwierdzam czynne uczestnictwo w konferencjach naukowych poświęconych Anestezjologii i Intensywnej terapii | Brak czynnego udziału w konferencjach naukowych poświęconych Anestezjologii i Intensywnej terapii | Zadanie nr 1 | Zadanie nr 2 |
| Należy określić (oraz załączyć do oferty) liczbę dokumentów potwierdzających posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych, które posiada osoba wyznaczona przez Oferenta do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia | Należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X | Należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X |
| 1. |   |    |  |  |   |  |
| 2. |   |    |  |  |   |  |
| 3. |   |    |  |  |   |  |

*¹ W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o posiadaniu dodatkowych kwalifikacji zawodowych wymienionych w punkcie 5.5 Ogłoszenia, ale je przedstawi Udzielający Zamówienia uzna, że Oferent posiada wymienione dokumenty i przyzna punkty w kryterium jakość.*

*² W przypadku, gdy Oferent wskaże w Formularzu cenowym, że posiada dodatkowe kwalifikacje zawodowe wymienione w punkcie 5.5 Ogłoszenia, ale ich nie przedstawi, Udzielający Zamówienia wezwie Oferenta do uzupełnienia oferty.*

*³ W przypadku, gdy Oferent przedstawi 2 lub więcej dokumentów potwierdzających posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych, Udzielający Zamówienia przyzna maksymalną liczbę punktów w kryterium jakość.*

*⁴ W przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi (grupowa praktyka lekarska), punkty w Kryterium b): Jakość oraz c) Kompleksowość będą przyznane proporcjonalnie do liczby osób, wyznaczonych przez Oferenta do realizacji przedmiotu zamówienia.*

*5 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 oraz c) Kompleksowość.*

.…………………., 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 ………………………………..

1. \* Szczegóły dotyczące należności za realizację zamówienia, znajdują się w §5 Istotnych Postanowień Umowy, będących załącznikiem nr 2 do Ogłoszenia. [↑](#footnote-ref-1)