**Załącznik nr 3 do Ogłoszenia**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych przez technika farmacji w zakresie sporządzanie mieszanin pozajelitowych w Pracowni Żywienia Pozajelitowego na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”.**

Dane dotyczące Udzielającego Zamówienia:

Nazwa: **INSTYTUT „POMNIK-CENTRUM ZDROWIA DZIECKA”**

Siedziba: **04-730 Warszawa, al. DZIECI POLSKICH 20**

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 medycznego na udzielanie ambulatoryjnychświadczeń zdrowotnych przez technika farmacji w zakresie sporządzanie mieszanin pozajelitowych w Pracowni Żywienia Pozajelitowego na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”:

1. Oświadczam, że zapoznałem 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 6 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, Ochrona Danych Osobowych, Kontrahenci* i nie zgłasza do nich żadnych uwag.
3. Oświadczam, że dane zawarte w złożonych dokumentach, o których mowa w pkt. 1 w załączniku nr 2 do 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 – potwierdzenie spełnienie warunku, o którym mowa w pkt. 1.3. załącznika nr 2 do Ogłoszenia.
6. Oświadczam, że jestem związany ofertą do 30-go dnia od upływu terminu składania ofert.

……................., 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 ukończenie technikum farmaceutycznego |  |  |
| **2** | Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy |  |  |
| **3** | Referencje pracodawcy potwierdzająca doświadczenie z zakresu sporządzania mieszanin pozajelitowych. |  |  |
| **4** | Formularz ofertowy (załącznik nr 3 do Ogłoszenia) |  |  |
| **5** | Formularz cenowy (załącznik nr 4 do Ogłoszenia) |  |  |
| **6** | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5 do Ogłoszenia) |  |  |
| **7** | Inne- wymienić jakie............................................................................................ |  |  |

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

 Podpis Oferenta

**Załącznik nr 4 do Ogłoszenia**

**FORMULARZ CENOWY**

**KRYTERIUM 1: CENA -** dotyczy wszystkich oferentów *(należy uzupełnić):*

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

……………………….………. zł brutto/godz.

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

**Udzielający Zamówienie informuje, że każda zmiana w formularzu cenowym będzie skutkowała odrzuceniem oferty.**

…………………………………………………………

 (data i podpis Oferenta )

**Załącznik nr 5 do Ogłoszenia**

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

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………………………………..