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,

## Zobowiązania Przyjmującego Zamówienie:

Nawiązując do Ogłoszenia o konkursie ofert na Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów na rzecz pacjentów Poradni Chorób i Transplantacji Wątroby Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka" – 4 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. Oświadczam, że posiadam/że osoba/osoby wyznaczona/wyznaczone do realizacji przedmiotu zamówienia posiada/posiadają **wykształcenie wyższe medyczne.**
6. Oświadczam, że posiadam/że osoba/osoby wyznaczona/wyznaczone do realizacji przedmiotu zamówienia posiada/posiadają **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 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)*

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 chirurgii  |  |  |
| **3** | Dokument potwierdzający posiadanie specjalizacji w dziedzinie gastroenterologii |  |  |
| **4** | Dokument potwierdzający posiadanie specjalizacji w dziedzinie transplantologii klinicznej |  |  |
| **5** | Formularz ofertowy (załącznik nr 3 do Ogłoszenia) |  |  |
| **6** | Certyfikat Hepatologa wydany przez Polskie Towarzystwo Hepatologiczne |  |  |
| **7** | Formularz cenowy (załącznik nr 4 do Ogłoszenia) |  |  |
| **8** | Wykaz personelu, który będzie udzielać świadczeń będących przedmiotem umowy (załącznik nr 4.1 do Ogłoszenia) - dotyczy grupowych praktyk lekarskich i podmiotów leczniczych |  |  |
| **9** | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5a do Ogłoszenia)- dotyczy osób fizycznych, osób fizycznych prowadzących indywidualną działalność gospodarczą oraz grupowych praktyk lekarskich |  |  |
| **10** | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5b do Ogłoszenia) - dotyczy wyłącznie podmiotów leczniczych |  |  |
| **11** | Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) lub wydruk z Rejestru KRS ( Krajowego Rejestru Sądowego) |  |  |
| **12** | Wydruk z RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) |  |  |
| **13** | Aktualna polisa OC |  |  |
| **14** | 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 na rzecz pacjentów Poradni Chorób i Transplantacji Wątroby Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka" – 4 osoby**

## Formularz cenowy

**Kryterium 4a cena – dotyczy wszystkich Oferentów (należy uzupełnić) - Udzielający Zamówienie dopuszcza składanie ofert częściowych:**

**4a1) ………………………… zł brutto za godzinę** za Poradę Transplantologiczną – monitorowanie skutków leczenia u chorego po przeszczepie szpiku lub wątroby lub serca i/lub płuca lub trzustki (kod świadczenia: 5.05.00.0000048)

**4a2) ………………………… zł brutto za godzinę** za Poradę Hepatologiczną (obejmuje wszystkie realizowane świadczenia zdrowotne w Poradni Chorób i Transplantacji Wątroby (za wyjątkiem punktu 1)

**4a3) ………………………… zł brutto za godzinę** za Teleporadę (obejmuje wszystkie realizowane świadczenia zdrowotne w Poradni Chorób i Transplantacji Wątroby, za wyjątkiem punktu 1)

Udzielający Zamówienie informuje,żekażda zmiana w Formularzu cenowym w zakresie **Kryterium 4a cena** będzie skutkowała odrzuceniem Oferty.

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

**Kryterium 4b) jakość** - **dotyczy osób fizycznych i osób fizycznych prowadzących indywidualną działalność leczniczą**

Punkty będą przyznane, jeżeli Oferent przedstawi certyfikat Hepatologa wydany przez Polskie Towarzystwo Hepatologiczne ¹ ²: **(należy** ***wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A. | Posiadam certyfikat Hepatologa wydany przez Polskie Towarzystwo Hepatologiczne |  |
| B. | Nie posiadam certyfikatu Hepatologa wydanego przez Polskie Towarzystwo Hepatologiczne |  |

**Kryterium 4c) kompleksowość** - **dotyczy osób fizycznych i osób fizycznych prowadzących indywidualną działalność leczniczą**

Punkty będą przyznane, jeżeli Oferent oświadczy, że posiada umiejętność wykonywania badania wątroby metodą fibroskan ³: **(należy** ***wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A. | Posiadam umiejętność wykonywania badania wątroby metodą fibroskan |  |
| B. | Nie posiadam umiejętności wykonywania badania wątroby metodą fibroskan |  |

1*W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o dokumentach potwierdzających posiadanie udokumentowanych dodatkowych kwalifikacji zawodowych, ale je przedstawi Udzielający Zamówienia uzna, że Oferent posiada wymienione dokumenty i przyzna punkty w kryterium jakość.*

*2W przypadku, gdy Oferent wskaże w Formularzu cenowym, że posiada dokumenty potwierdzające posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych, ale ich nie przedstawi, Udzielający Zamówienia wezwie Oferenta do uzupełnienia oferty.*

*³ Udzielający zamówienia ma prawo zweryfikować przekazaną informację i zwrócić się do Oferenta o przedstawienie dokumentów potwierdzających posiadanie umiejętności wykonywania badania wątroby metodą fibroskan.*

.…………………., 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** ¹ ² ³ :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Oferent** | **Jakość**  | **Kompleksowość** |
|  | **Imię i nazwisko** | Posiada certyfikat Hepatologa wydany przez Polskie Towarzystwo Hepatologiczne | Nie posiada certyfikatu Hepatologa wydanego przez Polskie Towarzystwo Hepatologiczne | Posiada umiejętność wykonywania badania wątroby metodą fibroskan | Nie posiada umiejętności wykonywania badania wątroby metodą fibroskan |
| ***należy******wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X*** | ***należy******wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X*** |
| 1. |   |     |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |

1*W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o dokumentach potwierdzających posiadanie udokumentowanych dodatkowych kwalifikacji zawodowych, ale je przedstawi Udzielający Zamówienia uzna, że Oferent posiada wymienione dokumenty i przyzna punkty w kryterium jakość.*

*2W przypadku, gdy Oferent wskaże w Formularzu cenowym, że posiada dokumenty potwierdzające posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych, ale ich nie przedstawi, Udzielający Zamówienia wezwie Oferenta do uzupełnienia oferty.*

*³ Udzielający zamówienia ma prawo zweryfikować przekazaną informację i zwrócić się do Oferenta o przedstawienie dokumentów potwierdzających posiadanie umiejętności wykonywania badania wątroby metodą fibroskan.*

*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.*

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

**Załącznik nr 5 do Ogłoszenia**

**5a**

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych -** dotyczy osób fizycznych, osób fizycznych prowadzących indywidualną działalność gospodarczą oraz osób wyznaczonych przez Oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem w przypadku spółki partnerskiej**:**

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 ………………………………..