**Załącznik nr 2 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: ……………………………………………………............………….........…….................……………………..

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO- CENOWY**

**KRYTERIUM a) Cena**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | |  | |  |  | |  | | |  |
|  | **Rodzaj badania** | **Szacunkowa liczba badań w trakcie trwania umowy** | | **Cena jednostkowa brutto w PLN** | | **Wartość brutto w PLN** | | | **Czas oczekiwania na wynik badania w dniach roboczych** | | **Materiał** | **Metoda** | |
|  | **1** | **2** | | **3** | | **4=3\*2** | | | **5** | | **6** | **7** | |
|  | Przeciwciała Anty-MOG | 150 | | ………..……… | | …………………… | | | 2 tygodnie | | Surowica lub płyn mózgowo-rdzeniowy | immunofluorescenja pośrednia, gdzie substratem są transfekowane komórki EU90 | |

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

**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:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa firmy pod którą działa Oferent | |  |
| ADRES | Kod pocztowy |  |
| Miejscowość |  |
| Ulica |  |
| Nr domu/ lokalu |  |
| NIP |  | |
| REGON |  | |
| Adres email |  | |
| telefon |  | |

## Zobowiązania Przyjmującego Zamówienie:

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań laboratoryjnych 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 1   
   do Ogłoszenia oraz z klauzulą informacyjną dla przedstawicieli podmiotów zawierających umowy   
   z Instytutem „Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka”, znajdującą się na stronie [*www.czd.pl*](http://www.czd.pl/) – Konkursy poza ust. PZP- Konkursy na podstawie ustawy o działalności leczniczej i nie zgłaszam do nich żadnych uwag.

3. Oświadczam, że dane zawarte w złożonych dokumentach, o których mowa w pkt. 5 Ogłoszenia są aktualne na dzień składania ofert.

4. Oświadczam, iż posiadam odpowiednie warunki lokalowe, wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny oraz personel, które pozwolą na realizację oferowanego zakresu świadczeń objętych ofertą.

6. Oświadczam, iż świadczenia zdrowotne będące przedmiotem konkursu, będą udzielane samodzielnie bez zlecania ich w części lub całości podwykonawcom - potwierdzając pkt 5.g. Ogłoszenia.

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

*(podpis Oferenta)*

**Spis załączników:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj dokumentu** | **Dołączono do oferty (zaznaczyć „x”)** | |
| **TAK** | **NIE** |
| 1 | Formularz asortymentowo-cenowy- według załącznika nr 2 do ogłoszenia |  |  |
| 5 | Formularz Ofertowy- według załącznika nr 3 do ogłoszenia |  |  |
| 3 | Oświadczenie, że podmiot wykonuje świadczenia zdrowotne będące przedmiotem konkursu samodzielnie, bez zlecania ich w części lub w całości podwykonawcom-  do potwierdzenia w formularzu ofertowym - załącznik nr 3 do ogłoszenia |  |  |
| 4 | Wykaz osób i kwalifikacji zawodowych pracowników – według załącznika nr 4 do ogłoszenia |  |  |
| 5 | Wykaz wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny – według załącznika nr 5 do ogłoszenia |  |  |
| 6 | Oświadczenie o udziale w kontroli zewnątrzlaboratoryjnej dla oznaczeń  wskazanych w formularzu asortymentowo-cenowym–  według załącznika nr 6 do ogłoszenia |  |  |
| 7 | Oświadczenie, że podmiot znajduje się w promieniu do 60 km od Udzielającego Zamówienie- załącznik nr 7 do ogłoszenia. |  |  |
| 8 | Oświadczenie doświadczeniu w realizacji oznaczeń wskazanych w formularzu  asortymentowo–cenowym – według załącznika nr 8 do ogłoszenia |  |  |
| 9 | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych – według załącznika nr 9 do ogłoszenia |  |  |
| 10 | Zaświadczenie o wpisie Oferenta do Rejestru Podmiotów wykonujących działalność leczniczą. |  |  |
| 11 | Uwierzytelniona kopia zaświadczenia o wpisie do ewidencji prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych lub oświadczenie Oferenta, że laboratorium wpisane jest do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych ze wskazaniem numeru wpisu. |  |  |
| 12 | Aktualny (nie starszy niż 6 miesięcy) odpis z Krajowego Rejestru Sądowego |  |  |
| 13 | Pełnomocnictwo dla osoby podpisującej ofertę, jeżeli Ofertę podpasuje pełnomocnik. |  |  |
| 14 | Uwierzytelniona kopia aktualnej polisy OC, potwierdzająca zawarcie umowy ubezpieczenia z tytułu odpowiedzialności cywilnej Oferenta lub oświadczenie Oferenta, że najpóźniej w dniu podpisania umowy przedstawi Zamawiającemu kopię przedmiotowego dokumentu |  |  |
| 15 | Certyfikat lub zaświadczenie potwierdzające udział w kontroli zewnątrzlaboratoryjnej lub oświadczenia o braku dostępnej na rynku kontroli dla badania |  |  |

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

**Miejscowość i data Podpis Oferenta**

**Załącznik nr 4 do Ogłoszenia**

**WYKAZ OSÓB I KWALIFIKACJI ZAWODOWYCH PRACOWNIKÓW**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wykształcenie** | **Stanowisko** | **Kwalifikacje** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**......................................... .........................................**

(Miejscowość, data) (podpis Oferenta)

**Załącznik nr 5 do Ogłoszenia**

**WYKAZ WYPOSAŻENIA W APARATURĘ i SPRZĘT MEDYCZNY**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wyposażenie laboratorium** | **Producent, typ, rok produkcji** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**......................................... .........................................**

(Miejscowość, data) (podpis Oferenta)

**Załącznik nr 6 do Ogłoszenia**

**Oświadczenie**

**Potwierdzam / nie potwierdzam\*** udział w kontroli zewnątrzlaboratoryjnej dla oznaczeń   
wskazanych w formularzu asortymentowo–cenowym w okresie ostatnich 2 lat **– spełnienie warunku możliwości klasyfikacji w kryterium Jakość.**

**......................................... .........................................**

(Miejscowość, data) (podpis Oferenta)

*\* niepotrzebne skreślić*

**Załącznik nr 7 do Ogłoszenia**

**Oświadczenie**

Potwierdzam, że świadczenia udzielane przez Oferenta będą realizowane pod adresem ..........................................................................................................................................................

(wpisać adres udzielania świadczeń)

w odległości **poniżej 20 km** / **20 km lub większej**\* (ale nie większej niż 60 km) od siedziby Udzielającego Zamówienia (odległość została zmierzona wyłącznie na drogach utwardzonych oraz z wykorzystaniem nawigacji <https://Google.pl/maps>) **– spełnienie warunku 5.f. Ogłoszenia oraz możliwość klasyfikacji w kryterium Dostępność.**

**......................................... .........................................**

(Miejscowość, data) (podpis Oferenta)

*\* niepotrzebne skreślić*

**Załącznik nr 8 do Ogłoszenia**

**Oświadczenie**

Potwierdzam, że oznaczenia wskazane w Formularzu asortymentowo-cenowym realizuję **2 lata lub dłużej** / **mniej niż 2 lata**\* **– spełnienie warunku możliwości klasyfikacji w kryterium Ciągłość.**

**......................................... .........................................**

(Miejscowość, data) (podpis Oferenta)

*\* niepotrzebne skreślić*

**Załącznik nr 9 do Ogłoszenia**

**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.