**Załącznik nr 2 do Ogłoszenia Formularz asortymentowo-cenowy**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY**

umożliwiający klasyfikację oferty w kryterium cena

Dane Oferenta:

…………………………………………….

……………………………………………

…………………………………………..

(nazwa oferenta i adres siedziby)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | |  | |  |  | |  |  |  |
|  | **Lp.** | **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** | | **Metoda badania** |
|  |  | **1** | **2** | | **3** | | | **4=3\*2** | **5** | | **6** |
|  | 1. | Analiza całego genu *RB1\** | 40 | | ………..……… | | | …………………… | max 3 miesiące od dostarczenia materiału do badania | | NGS |
|  | 2. | Analiza nosicielstwa znanego wariantu molekularnego w genie RB1 | 60 | | ………..………. | | | ………..……… | max 3 miesiące od dostarczenia materiału do badania | | metoda Sangera |
|  | 3. | **Wartość oferty (suma komórek 4.1 i 4.2)** | | | | | | ………..……… |  | | |

…………………………………………………………………………..

(data i 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 genetycznych na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”- KO/CZD/16/23**:**

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* dotyczącą przetwarzania danych osobowych osób zawierających umowy o świadczenia zdrowotne dostępną na stornie internetowej www.czd.pl, w zakładce *O Instytucie sekcja Ochrona Danych Osobowych, Kontrahenci* i nie zgłaszam do nich żadnych uwag.
3. Oświadczam, że dane zawarte w złożonych dokumentach, o których mowa w pkt. 6 Ogłoszenia są aktualne na dzień składania ofert.
4. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne będące przedmiotem konkursu, będą udzielane samodzielnie bez zlecania ich w części lub całości podwykonawcom - spełnienie warunku o którym mowa w punkcie 6.9 Ogłoszenia
5. Oświadczam, że kieruje podmiotem, który w okresie ostatnich 2 lat wykonał ponad 1000 badań NGS- spełnienie warunku o którym mowa w punkcie 6.10 Ogłoszenia.

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

*(podpis Oferenta)*

**Spis załączników:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj dokumentu** | **Dołączono do oferty (zaznaczyć „x”)** | |
| **TAK** | **NIE** |
| 1 | Formularz Ofertowy- według załącznika nr 3 do ogłoszenia |  |  |
| 2 | Formularz asortymentowo-cenowy- według załącznika nr 2 do ogłoszenia |  |  |
| 3 | Zaświadczenie o wpisie Oferenta do Rejestru Podmiotów wykonujących działalność leczniczą. |  |  |
| 4 | 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. |  |  |
| 5 | Aktualny (nie starszy niż 6 miesięcy) odpis z Krajowego Rejestru Sądowego |  |  |
| 6 | Pełnomocnictwo dla osoby podpisującej ofertę, jeżeli Ofertę podpasuje pełnomocnik. |  |  |
| 7 | Wykaz osób i kwalifikacji zawodowych pracowników – załącznik nr 4  do ogłoszenia |  |  |
| 8 | Oświadczenie Oferenta, że posiada odpowiednie warunki lokalowe oraz wykaz wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny –załącznik nr 5 do ogłoszenia |  |  |
| 9 | Uwierzytelniona kopia aktualnej polisy OC, potwierdzająca zawarcie umowy ubezpieczenia z tytułu odpowiedzialności cywilnej Oferenta w wysokości nie niższej niż wynikająca z Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 29.04.2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, o której mowa w art. 8 pkt. 1 lit. b i pkt. 2 ustawy, tj.: 75 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia i 350 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń lub oświadczenie Oferenta, że najpóźniej w dniu podpisania umowy przedstawi Udzielającemu Zamówienie kopię przedmiotowego dokumentu w wysokości nie niższej niż opis powyżej |  |  |
| 10 | Aktualne certyfikat/y potwierdzający/e udział w kontroli zewnątrz laboratoryjnej dla badań wskazanych w Formularzu asortymentowo-cenowym, np. certyfikat EMQN i/lub PTGC lub równoważny. |  |  |
| 11. | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 6 do ogłoszenia) |  |  |
| 12. | Certyfikat/y jakości ISO9001 lub akredytacji wg normy PN-EN ISO lub IEC 17025 lub 15189 lub równoważne |  |  |
| 13. | Załącznik nr 7 do Ogłoszenia- Oświadczenie Oferenta - dot. klasyfikacji Oferty w kryterium dostępność |  |  |
| 14. | Załącznik nr 8 do Ogłoszenia- Oświadczenie Oferenta - dot. klasyfikacji Oferty w kryterium ciągłość |  |  |
| 15. | Załącznik nr 9 do Ogłoszenia- Oświadczenie Oferenta - dot. klasyfikacji Oferty w kryterium kompleksowość |  |  |

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

**Miejscowość i data Podpis Oferenta**

**Załącznik nr 4 do Ogłoszenia**

**WYKAZ OSÓB I KWALIFIKACJI ZAWODOWYCH PRACOWNIKÓW1**

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

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

(Miejscowość, data) (podpis Oferenta)

1W wykazie należy uwzględnić jedynie pracowników laboratorium, wykonujących procedury medyczne będące przedmiotem konkursu ofert KO/CZD/16/23

**Załącznik nr 5 do Ogłoszenia**

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

Oświadczam, żelaboratorium ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… (podać nazwę i siedzibę laboratorium)

posiada oczekiwane warunki lokalowe oraz elementy wyposażenia (aparaturę i sprzęt medyczny) w zakresie niezbędnym do wykonania zamówienia będącego przedmiotem Konkursu Ofert KO/CZD/16/23.

**WYKAZ WYPOSAŻENIA W APARATURĘ i SPRZĘT MEDYCZNY1**

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

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

(Miejscowość, data) (podpis Oferenta)

1W wykazie należy uwzględnić jedynie te elementy wyposażenia (aparaturę i sprzęt medyczny), niezbędny do wykonania procedur medycznych będących przedmiotem konkursu ofert KO/CZD/16/23

**Załącznik nr 6 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.

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

(Miejscowość, data) (podpis Oferenta)

**Załącznik nr 7 do Ogłoszenia**

**Oświadczenie Oferenta - dot. klasyfikacji Oferty w kryterium dostępność1**

Oświadczam, że kieruje podmiotem, którego odległość w jedną stronę od Udzielającego Zamówienia do laboratorium wykonującego świadczenia objętego postępowaniem wynosi odpowiednio (do wyboru- poprzez zaznaczenie x ):

A. Poniżej 20 km,

B. Powyżej 20 km

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

(Miejscowość, data) (podpis Oferenta)

**1** W przypadku, gdy Oferent nie wskaże Oświadczenia dot. odległość w jedną stronę od Udzielającego Zamówienia do miejsca udzielania świadczeń, Udzielający Zamówienia sam określi odległość z wykorzystaniem nawigacji https://Google.pl/maps i przyzna punkty.

**Załącznik nr 8 do Ogłoszenia**

**Oświadczenie Oferenta - dot. klasyfikacji Oferty w kryterium ciągłość2**

Oświadczam, że kieruje podmiotem, w którym świadczenia objęte umową realizowane są (do wyboru poprzez zaznaczenie x)

A. Powyżej 2 lat, ale nie dłużej niż 5 lat

B. Powyżej 5 lat

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

(Miejscowość, data) (podpis Oferenta)

**2**W przypadku, gdy Oferent nie uzupełni/ nie przedstawi Oświadczenia dot. realizacji oznaczeń wskazanych w Formularzu asortymentowo-cenowym Udzielający Zamówienia uzna, że Oferent posiada jedynie powyżej 2 lat doświadczenia (warunek formalny) i przyzna 0 punktów w kryterium Ciągłość

**Załącznik nr 9 do Ogłoszenia**

**Oświadczenie Oferenta - dot. klasyfikacji Oferty w kryterium kompleksowość3**

Oświadczam, że kieruję podmiotem, który posiada narzędzie informatyczne np. Panel klienta lub równoważny i po podpisaniu umowy udostępnię go Udzielającemu Zamówienie w celu możliwości m.in. odbioru wyniku badań online.

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

(Miejscowość, data) (podpis Oferenta)

3 W przypadku, gdy Oferent nie przedstawi/ nie uzupełni oświadczenia Udzielający Zamówienia przyzna 0 punktów i nie wezwie do uzupełnienia oferty.