**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** |  | |

**Zobowiązania Przyjmującego Zamówienie:**

Nawiązując do Ogłoszenia o konkursie ofert na Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej w zakresie wykonywania zabiegów naczyniowych diagnostycznych i/lub interwencyjnych na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” .

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 Konkursy ofert - ust. o działalności leczniczej 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. Posiadam/Osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia posiada **wykształcenie wyższe medyczne.**
6. Posiadam/ Osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia posiada **aktualne badania lekarskie** niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych – potwierdzające spełnienie warunku, o którym mowa w pkt. 5.e). 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)*

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

 Spis załączników:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj dokumentu** | **Dołączono do oferty (zaznaczyć „x”)** | |
| **TAK** | **NIE** |
| **1** | Dokument potwierdzający posiadanie prawa zawodu lekarza |  |  |
| **2** | Dokument potwierdzający posiadanie specjalizacji w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej |  |  |
| **3** | Certyfikat ze szkolenia w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta |  |  |
| **4** | Wykaz personelu - zał. nr 4.1 do Ogłoszenia - dotyczy podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi (grupowych praktyk lekarskich) i podmiotów leczniczych |  |  |
| **5** | Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy |  |  |
| **6** | Odpis z rejestru KRS (Krajowy Rejestr Sądowy) nie starszy niż 6 miesięcy |  |  |
| 7 | Wydruk z RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) nie starszy niż 3 miesiące |  |  |
| **8** | Aktualna polisa od odpowedzialności cywilnej |  |  |
| **9** | Formularz ofertowy (załącznik nr 3 do Ogłoszenia) |  |  |
| **10** | Formularz cenowy (załącznik nr 4 do Ogłoszenia) |  |  |
| **11** | Wykaz personelu (załącznik nr 4.1. do Ogłoszenia) - dotyczy podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi (grupowych praktyk lekarskich) i podmiotów leczniczych |  |  |
| **12** | 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 |  |  |
| **13** | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5b do Ogłoszenia) **-** dotyczy podmiotów leczniczych |  |  |
| **14** | Inne- wymienić jakie:  ................................................................................................... |  |  |

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

Podpis Oferenta

**Załącznik nr 4 do Ogłoszenia**

**Udzielający ZamówieniE:**

Instytut "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka", 04-730 Warszawa, Al. Dzieci Polskich 20

**PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE:**

Nazwa/Imię i nazwisko Przyjmującego Zamówienie: ………………………….....………………………………

Adres Przyjmującego Zamówienie: ……………………………………………………......……………………………..

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej w zakresie wykonywania zabiegów naczyniowych diagnostycznych i/lub interwencyjnych na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”**

**Kryterium a): CENA- dotyczy wszystkich Oferentów (należy uzupełnić):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa świadczenia** | **Oferowana cena za świadczenie realizowane jako I Operator PLN** | **Oferowana cena za świadczenie realizowane jako II Operator PLN** |
| **1** | **2** | **3**  *(Uzupełnia oferent)* | **4**  *(Uzupełnia Oferent)* |
| 1. | **GRUPA I –    selektywna dotętnicza chemioterapia siatkówczaków** |  |  |
| 2. | **GRUPA II i III –   zabiegi embolizacji śledziony, wątroby oraz zabiegi embolizacji obwodowych malformacji naczyniowych** |  |  |
| 3. | **GRUPA IVa –  drobne zabiegi naczyniowe, w tym diagnostyczne (np. angiografie inne)** |  |  |
| 4. | **GRUPA IVb – dokanałowe podanie leków, tj. nakłucie pod kontrolą angiografu w warunkach Bloku Operacyjnego lub Sali hybrydowej, diagnostyka śmierci mózgowej,** |  | NIE DOTYCZY |
| 5. | **GRUPA V –  plastyka naczyń obwodowych z lub bez użycia stentów** |  |  |

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

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

**Kryterium b): JAKOŚĆ ¹ ² -** dotyczy osób fizycznych oraz jednoosobowych praktyk lekarskich

Oświadczenie Oferenta o liczbie wykonanych zabiegów naczyniowych diagnostycznych i/lub interwencyjnych:

**(należy** ***wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A. | Oświadczam, że wykonałam/em /osoba wyznaczona do udzielania  świadczeń będących przedmiotem umowy wykonała od 30 do 60 zabiegów  naczyniowych diagnostycznych i/lub interwencyjnych jako I/II Operator | □ |
| B. | Oświadczam, że wykonałam/em /osoba wyznaczona do udzielania  świadczeń będących przedmiotem umowy wykonała powyżej 61 zabiegów  naczyniowych diagnostycznych i/lub interwencyjnych jako I/II Operator | □ |

*¹ W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o liczbie wykonanych zabiegów naczyniowych diagnostycznych i/lub interwencyjnych, Udzielający Zamówienia nie przyzna punktów w kryterium jakość.*

*² Udzielający Zamówienia przed podpisaniem Umowy ma prawo zweryfikować informacje podane przez Oferenta.*

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

**Załącznik nr 4.1. do Ogłoszenia**

**Wykaz personelu - dotyczy podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi (grupowych praktyk lekarskich) i podmiotów leczniczych** (*należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X).*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Oferent** | **Jakość ¹ ²** | |
|  | **Imię i nazwisko** | Oświadczam, że osoba wyznaczona do udzielania  świadczeń będących przedmiotem umowy wykonała od 30 do 60 zabiegów  naczyniowych diagnostycznych i/lub interwencyjnych jako I/II Operator | Oświadczam, że osoba wyznaczona do udzielania  świadczeń będących przedmiotem umowy wykonała powyżej 61 zabiegów  naczyniowych diagnostycznych i/lub interwencyjnych jako I/II Operator |
| ***należy******wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X*** | |
| 1. |  |  |  |

*¹ W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o liczbie wykonanych zabiegów naczyniowych diagnostycznych i/lub interwencyjnych, Udzielający Zamówienia nie przyzna punktów w kryterium jakość.*

*² Udzielający Zamówienia przed podpisaniem Umowy ma prawo zweryfikować informacje podane przez Oferenta.*

***(podpis) ……………………………………***

**Załącznik nr 5 do Ogłoszenia**

**5 A**

**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………………………………..

**5 B**

**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 ………………………………..