**Załącznik nr 3 do Ogłoszenia - Formularz oferty**

**Formularz oferty**

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka".**

**Dane oferenta**

Imię i Nazwisko/Firma………………………………….…………………………………………........................................................

Nazwisko rodowe…………………………………………………..……………………………………………………..........………………………

Imiona rodziców………………………………………………………………………………………………………………........…………………..

Numer PESEL ……………………………………………………………

Seria i numer dowodu osobistego ………………………………wydany przez …………………………………….........……..…….

Adres……………………………………………………………………………………………………………………………...…………..…………………

Adres do korespondencji (jeśli inny niż adres siedziby/zamieszkania):…………………………………....................................................................................................

Telefon:………………………………………

E-mail:……………………………………….. NIP\*:…………………………………………………

REGON\*: ………………………………………………………………………………………..........

**Zobowiązania Przyjmującego Zamówienie:**

Nawiązując do Ogłoszenia medycznego na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu 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 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* i nie zgłaszam do nich żadnych uwag.
3. Oświadczam, że dane zawarte w złożonych dokumentach, o których mowa 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. 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 załączniku nr 2 do Ogłoszenia w pkt. 1.5.
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.

…………………………………………………………

(data i 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 dyplomu ukończenia studiów |  |  |
| **3** | Dokument potwierdzający posiadanie specjalizacji w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu |  |  |
| **4** | Dokument potwierdzający posiadanie specjalizacji w dziedzinie chirurgii dziecięcej |  |  |
| **5** | Dokument potwierdzający zaliczenie egzaminu specjalizacyjnego w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu |  |  |
| **6** | Dokument potwierdzający zaliczenie egzaminu specjalizacyjnego w dziedzinie chirurgii dziecięcej |  |  |
| **7** | Wydruk z RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą)  nie starszy niż 3 miesiące |  |  |
| **8** | Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy |  |  |
| **9** | Odpis z właściwego rejestru KRS (Krajowy Rejestr Sądowy) nie starszy niż 6  miesięcy |  |  |
| **10** | Kopia aktualnej polisy od odpowiedzialności cywilnej |  |  |
| **11** | Formularz ofertowy (załącznik nr 3 do Ogłoszenia) |  |  |
| **12** | Formularz cenowy (załącznik nr 4 do Ogłoszenia) |  |  |
| **13** | Wykaz personelu (załącznik nr 4.1. do Ogłoszenia) - dotyczy grupowych praktyk lekarskich oraz podmiotów leczniczych |  |  |
| **14** | 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 |  |  |
| **15** | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5b do Ogłoszenia) **-** dotyczy podmiotów leczniczych |  |  |

................................................ Podpis Oferenta

**Załącznik nr 4 do Ogłoszenia- formularz cenowy**

**Formularz cenowy**

**KRYTERIUM a): Cena - dotyczy wszystkich oferentów** *(należy uzupełnić):*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa świadczenia** | **Maksymalna szacunkowa liczba świadczeń podczas trwania umowy** | **Oferowana cena jednostkowa za 1 świadczenie w PLN** | | **Wartość zamówienia *(4=2x3)*** | |
| **1** | **2** | **3** | | **4** | |
| **przyjazd do IPCZD i konsultacja lekarska ortopedyczna 1 pacjenta** | *48* | …………………………….. | | …………………………PLN  Słownie ………………………………………….………………. | |
| **każda kolejna konsultacja lekarska ortopedyczna pacjenta w dniu przyjazdu do IPCZD (w przypadku udzielenia więcej niż 1 konsultacji w jednym dniu)** | *108* | ………………………………. | | …………………………PLN  Słownie ………………………………………….………………. | |
| **telefoniczna konsultacja lekarska** | *84* | ………………………………. | | …………………………PLN  Słownie ………………………………………….………………. | |
|  |  |  | **Całkowita wartość oferty *(suma wartości zawartych w kolumnie 4)*** | | …………………………PLN  Słownie ………………………………………….………………………………………. |

Udzielający Zamówienie informuje,żekażda zmiana w formularzu cenowym, w zakresie kryterium a) cena, będzie skutkowała odrzuceniem oferty.

**Kryterium : jakość - dotyczy wszystkich oferentów** *(należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X)***:**

Oświadczam, że posiadam /że osoba wyznaczona przez Oferenta do udzielania świadczeń objętych zamówieniem posiada *(niewłaściwe skreślić)* udokumentowany min. 1 rok doświadczenia w pracy po uzyskaniu specjalizacji 1:

Brak doświadczenia zawodowego

Posiadam udokumentowany min. 1 rok doświadczenie w pracy po uzyskaniu specjalizacji

¹ *Udzielający zamówienia ma prawo zweryfikować przekazaną informację i zwrócić się do Oferenta o przedstawienie dokumentów potwierdzających posiadane roczne doświadczenie w pracy po uzyskaniu specjalizacji.*

………………………………………………………

(data i podpis Oferenta )

**Załącznik nr 4.1. do Ogłoszenia** **– wykaz personelu**

**Wykaz personelu - dotyczy podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi (grupowe praktyki lekarskie) i podmiotów leczniczych**.

|  |  |
| --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko osoby wskazanej przez Oferenta do realizacji świadczeń objętych zamówieniem** |
|  |  |

***……………………………………***

***(podpis Oferenta)***

**Załącznik nr 5 do Ogłoszenia**

**5a**

**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………………………………..

**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 ………………………………