**Formularz oferty Załącznik nr 3 do Ogłoszenia**

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w dziedzinie reumatologii 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\*: ………………………………………………………………………………………..........

**Oferent oświadcza, że:**

* 1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie zawierającym w szczególności przedmiot konkursu, kryteria oceny ofert oraz warunki stawiane oferentom.
  2. Zapoznał się z treścią Istotnych Postanowień Umowy stanowiących załącznik nr 3 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 zgłasza do nich żadnych uwag.
  3. Podczas obowiązywania niniejszej umowy nie będzie pozostawał/Osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia nie będzie pozostawała w stosunku pracy z Udzielającym Zamówienia w zakresie pokrywającym się z przedmiotem niniejszego konkursu.
  4. Dane zawarte w złożonych dokumentach, są aktualne na dzień składania ofert.
  5. Posiada/Osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia posiada **wykształcenie wyższe medyczne.**
  6. Posiada/ 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. 1.3. w Załączniku nr 2 do Ogłoszenia.
  7. Spełnia wszystkie warunki stawiane oferentom wymienione w ogłoszeniu konkursowym.
  8. Jest związany/a ofertą do 30-go dnia od upływu terminu składania ofert.
  9. 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

**Załącznik nr 3 do Ogłoszenia**

 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 reumatologii |  |  |
| **3** | Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) |  |  |
| **4** | Wydruk z RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) |  |  |
| **5** | Kopia aktualnej polisy od odpowiedzialności cywilnej |  |  |
| **6** | Formularz ofertowy (załącznik nr 3 do Ogłoszenia) |  |  |
| **7** | Formularz cenowy (załącznik nr 4 do Ogłoszenia) |  |  |
| **8** | Wykaz personelu (załącznik nr 4.1. do Ogłoszenia) - dotyczy grupowych praktyk lekarskich oraz podmiotów leczniczych |  |  |
| **9** | 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 |  |  |
| **10** | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5b do Ogłoszenia)- dotyczy wyłącznie podmiotów leczniczych |  |  |
| **11** | Dokument nieobowiązkowy: Dokument potwierdzający posiadanie specjalizacji w Dziedzinie pediatrii |  |  |
| **12** | Inne- wymienić jakie  ............................................................................................ |  |  |

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

Podpis Oferenta

**Załącznik nr 4 do Ogłoszenia**

**Formularz cenowy**

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

**Oferowane wynagrodzenie za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** | |
| **Konsultacja reumatologiczna** | *288* | …………………………….. | | …………………………PLN  Słownie ………………………………………….………………. | |
| **Telefoniczna konsultacja reumatologiczna** | *240* | ………………………………. | | …………………………PLN  Słownie ………………………………………….………………. | |
|  |  |  | **Całkowita wartość oferty *(suma wartości zawartych w kolumnie 4)*** | | …………………………PLN  Słownie ………………………………………….………………………………………. |

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

**OŚWIADCZENIE OFERENTA- KRYTERIUM JAKOŚĆ**

Oświadczam, że **posiadam /że osoba wyznaczona przez Oferenta do udzielania świadczeń objętych zamówieniem posiada** **(*niewłaściwe skreślić*)** specjalizację w dziedzinie pediatrii:

nie posiadam specjalizacji w dziedzinie pediatrii

posiadam specjalizację w dziedzinie pediatrii

…………………………………………………………

(data i podpis Oferenta )

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

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

*…………………………………………………*

***(****podpis Oferenta)*

**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………………………………..

LUB

**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 ………………………………..