Dane dotyczące Udzielającego Zamówienia: **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 ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę z zakresu dermatologii na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka" – KO/CZD/104/23

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 *O Instytucie, Ochrona danych osobowych* 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. Oświadczam, że posiadam/że osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia posiada **wykształcenie wyższe medyczne.**
6. Oświadczam, że posiadam/że 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. 5.4 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 wykonywania zawodu lekarza |  |  |
| **2** | Dokument potwierdzający posiadanie specjalizacji w dziedzinie dermatologii  i wenerologii |  |  |
| **3** | Formularz ofertowy (załącznik nr 3 do Ogłoszenia) |  |  |
| **4** | Formularz cenowy (załącznik nr 4 do Ogłoszenia) |  |  |
| **5** | Wykaz personelu, który będzie udzielać świadczeń będących przedmiotem  umowy (załącznik nr 4.1 do Ogłoszenia) - dotyczy grupowych praktyk lekarskich i podmiotów leczniczych |  |  |
| **6** | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5a do Ogłoszenia)- dotyczy osób fizycznych, osób fizycznych prowadzących indywidualną działalność gospodarczą oraz grupowych praktyk lekarskich |  |  |
| **7** | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5b do Ogłoszenia) - dotyczy wyłącznie podmiotów leczniczych |  |  |
| **8** | Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) lub wydruk z Rejestru KRS ( Krajowego Rejestru Sądowego) |  |  |
| **9** | Wydruk z RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) |  |  |
| **10** | Aktualna polisa OC |  |  |
| **11.** | Wydruk z KRS |  |  |
| **14** | Inne- wymienić jakie  ………………………………………………………  ……………………………………………………………………. |  |  |

................................................ *(Podpis Oferenta)*

**Załącznik nr 4 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: ……………………………………………………............………….........…….................……………..

**Udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę z zakresu dermatologii na rzecz Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka" – KO/CZD/104/23**

## Formularz cenowy

**Kryterium a) cena – dotyczy wszystkich Oferentów** (należy uzupełnić):

**Wynagrodzenie za 1 świadczenie ambulatoryjne w tym konsultację oddziałową…………………………………………........zł brutto/ godz.**

**Słownie: ……………………………………………………………………………………………………………………………zł brutto/ godz.**

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

**Kryterium b): Jakość1,2 - dotyczy wszystkich Oferentów (należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):**

Oświadczam, że jestem/że osoba wyznaczona do udzielania świadczeń będących przedmiotem umowy jest (niewłaściwe skreślić) autorem/współautorem publikacji w czasopismach punktowanych przez MNiSW w zakresie dermatologii w liczbie:

Brak publikacji

Od 1 do 5 publikacji

5 i więcej publikacji w czasopismach

**Kryterium c): Kompleksowość3,4 - dotyczy wszystkich Oferentów (należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):**

Oświadczam, że posiadam/ że osoba wyznaczona do udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem zamówienia posiada (niewłaściwe skreślić) minimum 5 letnie doświadczenie w pracy z dziećmi:

Nie posiadam minimum 5 letniego doświadczenia w pracy z dziećmi/ osoba wyznaczona do udzielania świadczeń zdrowotnych nie posiada minimum 5 letniego doświadczenia w pracy z dziećmi (niewłaściwe skreślić)

Posiadam 5 i więcej lat doświadczenie w pracy z dziećmi/ osoba wyznaczona do udzielania świadczeń posiada 5 i więcej lat doświadczenie w pracy z dziećmi (niewłaściwe skreślić)

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

*1Udzielający zamówienia ma prawo zweryfikować przekazaną informację i zwrócić się do Oferenta o przedstawienie dokumentów potwierdzających publikacje w czasopismach punktowanych przez MNiSW w zakresie dotyczącym dermatologii jako autor główny lub współautor.*

*2W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w formularzu cenowym, że posiada publikacje w czasopismach punktowanych przez MNiSW w zakresie dotyczącym radiologii i diagnostyki obrazowej jako autor główny lub współautor, Udzielający Zamówienia nie przyzna punktów w kryterium jakość.*

*³Udzielający zamówienia ma prawo zweryfikować przekazaną informację i zwrócić się do Oferenta o przedstawienie dokumentów potwierdzających posiadanie doświadczenia w pracy z dziećmi, poprzez przedstawienie np. referencji od pracodawców.*

*4 W przypadku, gdy Oferent nie uzupełni w formularzu cenowym informacji o doświadczeniu, Udzielający Zamówienia uzna, że Oferent nie posiada doświadczenia i nie przyzna punktów w kryterium kompleksowość.*

**Załącznik nr 4.1. do Ogłoszenia**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **L.p.** | **Oferent** |
|  | **Imię i nazwisko osoby wyznaczonej przez Oferenta do realizacji przedmiotu zamówienia** |
|
| 1. |  |

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

**Załącznik nr 5 do Ogłoszenia**

**5a- Zgoda na przetwarzanie danych osobowych -** dotyczy osób fizycznych, osób fizycznych prowadzących indywidualną działalność gospodarczą oraz osób wyznaczonych przez Oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem w przypadku spółki partnerskiej**:**

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 ………………………………..