**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:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 Udzielenie świadczeń zdrowotnych przez technika analityki medycznej w zakresie wykonywania badań laboratoryjnych na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik –Centrum Zdrowia Dziecka” – 4 ososby**.**

1. Zapoznałam/em 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 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* 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 **aktualne badania lekarskie** niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych – potwierdzające spełnienie warunku, o którym mowa w pkt. 5.3. Ogłoszenia.
6. 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 uzyskanie dyplomu tytułu technika analityki medycznej |  |  |
| **2** | Formularz ofertowy (załącznik nr 3 do Ogłoszenia) |  |  |
| **3** | Formularz cenowy (załącznik nr 4 do Ogłoszenia) |  |  |
| **4** | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5 do Ogłoszenia) |  |  |
| **5** | Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy |  |  |
| **6** | Wykaz personelu (zał. nr 4.1.) |  |  |
| **7** | Wydruk z rejestru KRS (Krajowy Rejestr Sądowy) |  |  |
| **8** | Wydruk z RPWDL (Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) |  |  |
| **9** | Polisa od odpowiedzialności cywilnej |  |  |
| **10** | Inne- wymienić jakie  ……………………………………………………… |  |  |

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

Podpis Oferenta

**Załącznik nr 4 do Ogłoszenia**

**UdzielaNIE Świadczeń zdrowotnych PRZEZ TECHNIKA ANALITYKI MEDYCZNEJ W ZAKRESIE WYKONYWANIA BADAŃ LABORATORYJNYCH na rzecz pacjentów INSTYTUTU "POMNIK- CENTRUM ZDROWIA DZIECKA" – 4 OSOBY**

**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: …………………………………………………..…………………………………....................……….................………..

## Formularz cenowy

## 

1. **KRYTERIUM a): Cena - dotyczy wszystkich oferentów** *(należy uzupełnić):*
2. **Oferowane wynagrodzenie za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych:**
3. …………………………. zł brutto/godz.\*
4. Słownie: ………………………………………..........……… zł brutto /godz.

**KRYTERIUM b): Jakość ¹ – dotyczy osób fizycznych oraz osób fizycznych będących podmiotami wykonującymi działalność leczniczą (jednoosobowe działalności gospodarcze):** (należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X)**:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A. | Posiadam minimum 5 lat doświadczenia zawodowego na stanowisku technika analityki medycznej w Laboratorium medycznym w placówce pediatrycznej |  |
| B. | Nie posiadam minimum 5 lat doświadczenia zawodowego na stanowisku technika analityki  medycznej w Laboratorium medycznym w placówce pediatrycznej |  |

*1 W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o minimum 5-letnim doświadczeniu w pracy na stanowisku technika analityki medycznej* w Laboratorium medycznym w placówce pediatrycznej*, Udzielający Zamówienia nie wezwie Oferenta do uzupełnienia oferty oraz nie przyzna punktów w kryterium jakość.*

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

…………………., dnia ……………………… (podpis) ……………………………………

**Załącznik nr 4.1. do Ogłoszenia**

**Wykaz personelu - dotyczy podmiotów leczniczych:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Oferent | Jakość ¹ | |
| Imię i nazwisko osoby wyznaczonej do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia | Posiada minimum 5 lat doświadczenia zawodowego na stanowisku technika analityki medycznej w Laboratorium medycznym w placówce pediatrycznej | Nie posiada minimum 5 lat doświadczenia zawodowego na stanowisku technika analityki medycznej w Laboratorium medycznym w placówce pediatrycznej |
| należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X | |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |

*1. W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o minimum 5-letnim doświadczeniu w pracy na stanowisku technika analityki medycznej* w Laboratorium medycznym w placówce pediatrycznej*, Udzielający Zamówienia nie wezwie Oferenta do uzupełnienia oferty oraz nie przyzna punktów w kryterium jakość.*

W przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą należy wybrać jedną odpowiedź osobno dla każdej z osób wyznaczonych przez Oferenta do realizacji przedmiotu zamówienia dla Kryterium b) Jakość zgodnie z załącznikiem 4.1;

W przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą punkty w Kryterium b) jakość będą przyznane proporcjonalnie do liczby osób, wyznaczonych przez Oferenta do realizacji przedmiotu zamówienia ( na podstawie uzupełnionych danych z załącznika 4.1)

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

**Załącznik nr 5 do Ogłoszenia**

**5a**

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych -** dotyczy osób fizycznych, osób fizycznych prowadzących indywidualną działalność gospodarczą:

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 ………………………………..