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 pn. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w dziedzinie okulistyki na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka", 2 osoby, nr sprawy KO/CZD/120/23.

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* 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/Osoby wyznaczona/wyznaczone do realizacji przedmiotu zamówienia posiada/posiadają **wykształcenie wyższe medyczne.**
6. Posiadam/Osoba/Osoby wyznaczona/wyznaczone do realizacji przedmiotu zamówienia posiada/posiadają **minimum 1 rok doświadczenia w pracy po uzyskaniu specjalizacji**– potwierdzające spełnienie warunku, o którym mowa w pkt. 5.4. Ogłoszenia.
7. Posiadam/Osoba/Osoby wyznaczona/wyznaczone do realizacji przedmiotu zamówienia posiada/posiadają **aktualne badania lekarskie** niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych – potwierdzające spełnienie warunku, o którym mowa w pkt. 5.5. Ogłoszenia.
8. 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,

**Załącznik nr 3 do Ogłoszenia**

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 okulistyki |  |  |
| **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 oraz podmiotów leczniczych |  |  |
| **6** | 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 |  |  |
| **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 odpis z właściwego rejestru KRS (Krajowy Rejestr Sądowy) |  |  |
| **9** | Wydruk z RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) |  |  |
| **10** | Aktualna polisa OC |  |  |
| **11** | 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 świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w dziedzinie okulistyki na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka" – 2 osoby**

**Formularz cenowy**

**Kryterium a) cena – dotyczy wszystkich Oferentów:**

**Oferowane wynagrodzenie za godzinę dyżuru medycznego w oddziale okulistyki …………………………………………...zł brutto**

**Słownie: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………zł brutto**

**Udzielający Zamówienie informuje, że każda zmiana w Formularzu cenowym w zakresie Kryterium a) Cena) oraz w zakresie kryterium b) Dostępność, będzie skutkowała odrzuceniem Oferty**

**Kryterium b): Dostępność -** dotyczy osób fizycznych oraz osób fizycznych będących podmiotami wykonującymi działalność leczniczą (jednoosobowe praktyki lekarskie) **– należy uzupełnić:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa świadczenia** | **Oczekiwana maksymalna miesięczna liczba świadczeń dla 1 osoby** | **Oferowana przez Oferenta maksymalna miesięczna liczba świadczeń dla 1 osoby**  **(oferowana liczba porad nie może wynosić 0 i nie może być większa niż liczba określona w kolumnie nr 2)** |
| **1** | **2** | **3** |
| **1.** **świadczenie W01** | **40** |  |
| **2. świadczenie W02** | **5** |  |
| **3. świadczenie W11** | **45** |  |
| **4. świadczenie W11 w formie teleporady** | **25** |  |
| **5. świadczenie W12** | **35** |  |
| **6. świadczenie W13** | **25** |  |
| **7. świadczenie W14** | **30** |  |
| **8. świadczenie W18** | **1** |  |
| **9. świadczenie Z48** | **10** |  |
| **10. świadczenie Z80** | **1** |  |
| **11. świadczenie Z102** | **2** |  |
| **12. Badanie wzroku w kierunku retinopatii u wcześniaków urodzonych przed 32 tyg. ciąży lub z masą**  **urodzeniową poniżej 1500 g lub niemowląt urodzonych przed 36 tyg. ciąży, z wewnątrzmacicznym**  **zahamowaniem wzrostu płodu leczonych z zastosowaniem intensywnej tlenoterapii i fototerapii** | **40** |  |
| **RAZEM** | **259** | **………………………… - należy podsumować liczbę wszystkich świadczeń z kolumny nr 3** |

**KRYTERIUM c) Jakość 1** – **dotyczy osób fizycznych oraz osób fizycznych będących podmiotami wykonującymi działalność leczniczą (jednoosobowe praktyki lekarskie):**

Oświadczenie Oferenta, że posiada publikacje w czasopismach punktowanych przez MEiN w zakresie okulistyki jako autor lub współautor - spełnienie warunku o którym mowa w pkt. 5.4. Ogłoszenia: *(należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):*

Brak publikacji

1-4 publikacje

5 i więcej publikacji

1.Udzielający zamówienia ma prawo zweryfikować przekazaną informację i zwrócić się do Oferenta o przedstawienie dokumentów potwierdzających posiadanie publikacji w czasopismach punktowanych przez MEiN jako autor/współautor w dziedzinie okulistyki.

W przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi (grupowa praktyka lekarska), 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 oraz podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi (grupowa praktyka lekarska), punkty w kryteriach oceny ofert 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 4.1. do Ogłoszenia**

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Oferent | Jakość ¹ | | |
| Imię i nazwisko osoby wyznaczonej do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia | Osoba wyznaczona do udzielania świadczeń nie posiada publikacji w czasopismach punktowanych przez MEiN w zakresie okulistyki jako autor lub współautor | Osoba wyznaczona do udzielania świadczeń posiada od 1 do 4 publikacji w czasopismach punktowanych przez MEiN w zakresie okulistyki jako autor lub współautor | Osoba wyznaczona do udzielania świadczeń posiada więcej niż 5 publikacji w czasopismach punktowanych przez MEiN w zakresie okulistyki jako autor lub współautor |
| należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X | | |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |

1.Udzielający zamówienia ma prawo zweryfikować przekazaną informację i zwrócić się do Oferenta o przedstawienie dokumentów potwierdzających posiadanie publikacji w czasopismach punktowanych przez MEiN jako autor/współautor w dziedzinie okulistyki.

W przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi (grupowa praktyka lekarska), 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 oraz podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi (grupowa praktyka lekarska), punkty w kryteriach oceny ofert będą przyznane proporcjonalnie do liczby osób, wyznaczonych przez Oferenta do realizacji przedmiotu zamówienia ( na podstawie uzupełnionych danych z załącznika 4.1)

**Kryterium b): Dostępność -** dotyczy podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi (grupowe praktyki lekarskie) oraz podmiotów leczniczych *(należy uzupełnić):*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa świadczenia** | **Oczekiwana maksymalna miesięczna liczba świadczeń dla 1 osoby** | **Oferowana przez Oferenta maksymalna miesięczna liczba świadczeń dla osoby nr 1**  **(oferowana liczba porad nie może wynosić 0 i nie może być większa niż liczba określona w kolumnie nr 2)** | **Oferowana przez Oferenta maksymalna miesięczna liczba świadczeń dla osoby nr 2**  **(oferowana liczba porad nie może wynosić 0 i nie może być większa niż liczba określona w kolumnie nr 2)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| **1.** **świadczenie W01** | **40** |  |  |
| **2. świadczenie W02** | **5** |  |  |
| **3. świadczenie W11** | **45** |  |  |
| **4. świadczenie W11 w formie teleporady** | **25** |  |  |
| **5. świadczenie W12** | **35** |  |  |
| **6. świadczenie W13** | **25** |  |  |
| **7. świadczenie W14** | **30** |  |  |
| **8. świadczenie W18** | **1** |  |  |
| **9. świadczenie Z48** | **10** |  |  |
| **10. świadczenie Z80** | **1** |  |  |
| **11. świadczenie Z102** | **2** |  |  |
| **12. Badanie wzroku w kierunku retinopatii u wcześniaków urodzonych przed 32 tyg. ciąży lub z masą**  **urodzeniową poniżej 1500 g lub niemowląt urodzonych przed 36 tyg. ciąży, z wewnątrzmacicznym**  **zahamowaniem wzrostu płodu leczonych z zastosowaniem intensywnej tlenoterapii i fototerapii** | **40** |  |  |
| **RAZEM** | **259** | **………………………… - należy podsumować liczbę wszystkich świadczeń z kolumny nr 3** | **………………………… - należy podsumować liczbę wszystkich świadczeń z kolumny nr 4** |

.…………………., dnia ……………………… …………………………… *(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 ………………………………..