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

**Formularz oferty**

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez perfuzjonistę przy zabiegach kardiochirurgicznych 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 perfuzjonistę przy zabiegach kardiochirurgicznych 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 **wykształcenie wyższe medyczne.**
6. Posiadam **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 wykształcenia wyższego medycznego |  |  |
| **2** | Dokument potwierdzający posiadanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarza |  |  |
| **3** | Dokument potwierdzający ukończenie kursu kwalifikacyjnego dla perfuzjonistów według programu zatwierdzonego przez ministra właściwego do spraw Zdrowia (lub dokument potwierdzający przeszkolenie specjalizacyjne na podstawie dotychczasowych przepisów) |  |  |
| **4** | DOKUMENT NIEOBOWIĄZKOWY (FAKULTATYWNY) – Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego i/lub Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego i/lub Kurs kwalifikacyjny - pielęgniarstwo pediatryczne i/lub Kurs kwalifikacyjny - pielęgniarstwo chirurgiczne i/lub Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego i/lub Kurs kwalifikacyjny - pielęgniarstwo kardiologiczne i/lub Kurs specjalistyczny w zakresie „Wykonywanie i interpretacja zapisu EKG” i/lub Kurs specjalistyczny w zakresie RKO i/lub Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki i/ lub Specjalizacja w dziedzinie anestezjologii i intensywnej opieki |  |  |
| **5** | Wydruk z RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) nie starszy niż 3 miesiące |  |  |
| **6** | Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy |  |  |
| **7** | Kopia aktualnej polisy od odpowiedzialności cywilnej |  |  |
| **8** | Formularz ofertowy (załącznik nr 3 do Ogłoszenia) |  |  |
| **9** | Formularz cenowy (załącznik nr 4 do Ogłoszenia) |  |  |
| **10** | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5 do Ogłoszenia) **-** dotyczy osób fizycznych Oraz osób fizycznych będących podmiotami wykonującymi działalność leczniczą |  |  |

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

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

**Formularz cenowy**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Oferowana cena jednostkowa za świadczenie w PLN** |
| **1** | **2** |
| **1.** Pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych przez perfuzjonistę przy zabiegach kardiochirurgicznych |  |
| **2.** Wysokospecjalistyczna procedura pozaustrojowa wykonana w czasie ˂ 3 godzin |  |
| **3.** Wysokospecjalistyczna procedura pozaustrojowa wykonana w czasie ˂ 4 godzin |  |
| **4.** Wysokospecjalistyczna procedura pozaustrojowa wykonana w czasie ˂ 5 godzin |  |
| **5.** Wysokospecjalistyczna procedura pozaustrojowa wykonana w czasie ˂ 6 godzin |  |
| **6.** Wysokospecjalistyczna procedura pozaustrojowa wykonana w czasie ˂ 7 godzin |  |
| **7.** Wysokospecjalistyczna procedura pozaustrojowa wykonana w czasie ˂ 8 godzin |  |
| **8.** Wysokospecjalistyczna procedura pozaustrojowa wykonana w czasie ˂ 9 godzin |  |
| **9.** Wysokospecjalistyczna procedura pozaustrojowa wykonana w czasie ˂ 10 godzin |  |

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

……………………………..........*(podpis Oferenta)*

**Kryterium Ciągłość** ¹ ² – dotyczy wszystkich Oferentów: Oświadczenie Oferenta, o liczbie samodzielnie prowadzonych krążeń pozaustrojowych w operacjach na otwartym sercu, w okresie ostatnich 3 lat, zgodnie z punktem 1.6. Załącznika nr 2 do Ogłoszenia **(należy** ***wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A. | 0 |  |
| B. | Od 1 do 50 | 🗌 |
| C. | w 51 i więcej  | 🗌 |

*¹ W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o liczbie samodzielnie prowadzonych krążeń pozaustrojowych w operacjach na otwartym sercu, w okresie ostatnich 3 lat, Udzielający Zamówienia nie przyzna punktów w kryterium ciągłość.*

*² Udzielający Zamówienia przed podpisaniem Umowy ma prawo zweryfikować informacje podane przez Oferenta.*

**Kryterium Jakość ³ ⁴ - dotyczy wszystkich Oferentów:** Punkty zostaną przyznane na podstawie dokumentów potwierdzających posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych, takich jak: Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego i/lub Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego i/lub Kurs kwalifikacyjny - pielęgniarstwo pediatryczne i/lub Kurs kwalifikacyjny - pielęgniarstwo chirurgiczne i/lub Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego i/lub Kurs kwalifikacyjny - pielęgniarstwo kardiologiczne i/lub Kurs specjalistyczny w zakresie „Wykonywanie i interpretacja zapisu EKG” i/lub Kurs specjalistyczny w zakresie RKO i/lub Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki i/ lub Specjalizacja w dziedzinie anestezjologii i intensywnej opieki*(należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A. | Brak udokumentowanych dodatkowych kwalifikacji zawodowych  |  |
| B. | Przedstawiam udokumentowane dodatkowe kwalifikacje zawodowe |  |

*³ W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o dokumentach potwierdzających posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych* wymienionych w punkcie 1.7. Załącznika nr 2 do Ogłoszenia*, ale je przedstawi Udzielający Zamówienia uzna, że Oferent posiada wymienione dokumenty i przyzna punkty.*

*W przypadku, gdy Oferent wskaże w Formularzu cenowym, że posiada dokument potwierdzający posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych* wymienionych w punkcie 1.7. Załącznika nr 2 do Ogłoszenia*, ale ich nie przedstawi, Udzielający Zamówienia nie przyzna punktów w kryterium Jakość.*

*⁴ W przypadku gdy Oferent przedstawi jeden z wymienionych dokumentów potwierdzających posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych, Udzielający zamówienia przyzna maksymalną liczbę 10punktów*

 ……………………………..........*(podpis Oferenta)*

**Załącznik nr 5 do Ogłoszenia**

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych -** dotyczy osób fizycznych oraz osób fizycznych będących podmiotami wykonującymi działalność leczniczą

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………………………………..