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 w zakresie pełnienia dyżurów medycznych pod telefonem, pozostawania w gotowości do przyjazdu i wykonywania zabiegów na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka" – 5 osób, nr sprawy KO/CZD/128/23.

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 **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,

**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 w zakresie pełnienia dyżurów medycznych pod telefonem, pozostawania w gotowości do przyjazdu i wykonywania zabiegów na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka" – 5 osób**

**Formularz cenowy**

**Kryterium a) cena – dotyczy wszystkich Oferentów. Złożenie oferty w kategoriach od A do D jest obligatoryjne[[1]](#footnote-1):**

**A: Oferowane wynagrodzenie za dyżur medyczny w dni powszednie w godzinach 15:35- 08:00**

**…………………………………………... zł brutto**

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

**B: Oferowane wynagrodzenie za dyżur medyczny w dni wolne od pracy w godzinach 08:00 – 08:00**

**…………………………………………... zł brutto**

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

**C: Oferowane wynagrodzenie za przyjazd na wezwanie i wykonanie zabiegu …………………………………………... zł brutto**

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

**D: Oferowane wynagrodzenie za przyjazd na wezwanie bez wykonania zabiegu …………………………………………... zł brutto**

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

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

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

**KRYTERIUM b) Jakość 2** – **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

2.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)

 …………………………………… *(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. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |   |   |   |   |

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 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 ………………………………..

1. W przypadku gdy Oferent nie złoży oferty cenowej we wszystkich kategoriach od A do D, Udzielający zamówienia odrzuci ofertę. [↑](#footnote-ref-1)