Dane dotyczące Udzielającego Zamówienia: **Załącznik nr 3 do Ogłoszenia - Formularz ofertowy**

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 w zakresie opieki psychologicznej 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 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/osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia nie będzie pozostawać w stosunku pracy z Udzielającym Zamówienia w zakresie pokrywającym się z przedmiotem niniejszego konkursu.
5. Posiadam/ Osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia posiada **wykształcenie wyższe ( studia magisterskie).**
6. Posiadam/ 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. 5.3. 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 wykształcenia wyższego (studia magisterskie) na kierunku psychologia |  |  |
| **2** | Formularz ofertowy (załącznik nr 3 do Ogłoszenia) |  |  |
| **3** | Formularz cenowy (załącznik nr 4 do Ogłoszenia) |  |  |
| **4** | Dokument FAKULTATYWNY (nieobowiązkowy): Dokument potwierdzający umiejętność pracy metodą terapeutyczną np. Play Therapy i/lub Szkolenie z zakresu diagnozy i terapii integracji sensorycznej i/lub Szkolenie z zakresu interwencji i pomocy psychologicznej min. w przypadkach seksualnego wykorzystywania dzieci. |  |  |
| **5** | Wykaz personelu, który będzie udzielać świadczeń będących przedmiotemumowy (załącznik nr 4.1 do Ogłoszenia) – dotyczy spółek partnerskich ipodmiotów leczniczych |  |  |
| **6** | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5a do Ogłoszenia)- dotyczy osób fizycznych, osób fizycznych prowadzących indywidualną działalność gospodarczą oraz osób wyznaczonych przez Oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem w przypadku spółki partnerskiej |  |  |
| **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)  |  |  |
| **9** | wydruk z Rejestru KRS ( Krajowego Rejestru Sądowego) |  |  |
| **10** | Wydruk z RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) - dotyczy wyłącznie podmiotów leczniczych |  |  |
| **11** | Aktualna polisa OC |  |  |
| **12** | Inne- wymienić jakie……………………………………………………………………. |  |  |

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

**Załącznik nr 4 do Ogłoszenia – Formularz cenowy**

**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 w zakresie opieki psychologicznej na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka".**

## Formularz cenowy

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

1. **Świadczenie psychologiczne 60 min + 30 min dokumentacji** …………………………. zł brutto/świadczenie

Słownie: ……………………………………………..……..……..zł brutto

1. **Świadczenie psychologiczne 90 min + 30 min dokumentacji** …………………………. zł brutto/świadczenie

Słownie: ……………………………………………..……..……..zł brutto

1. **Wykonywanie czynności poza udzielaniem świadczeń psychologicznych w bezpośrednim kontakcie z pacjentem** …………………………. zł brutto/godzinę

Słownie: ……………………………………………..……..……..zł brutto

**Kryterium b) Jakość ¹ ² – osób fizycznych i osób prowadzących indywidualną działalność gospodarczą-** *(należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):*

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

*¹ W przypadku, gdy Oferent wskaże w Formularzu cenowym, że posiada dokument potwierdzający dodatkowe kwalifikacje zawodowe* wymienionych w punkcie 5.4 Ogłoszenia*, ale go nie przedstawi, Udzielający Zamówienia nie przyzna punktów w kryterium Jakość.*

*² W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym, że posiada dokument potwierdzający posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych* wymienionych w punkcie 5.4 Ogłoszenia*, ale go przedstawi, Udzielający Zamówienia przyzna punkty w kryterium Jakość.*

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

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

**Załącznik nr 4.1. do Ogłoszenia - Wykaz personelu, który będzie udzielać świadczeń**

**będących przedmiotem umowy**

**Wykaz personelu, który będzie udzielać świadczeń będących przedmiotem umowy - dotyczy osób wyznaczonych przez Oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem w przypadku spółek partnerskich i podmiotów leczniczych:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko osoby wskazanej przez Oferenta do realizacji świadczeń objętych zamówieniem** | **Kryterium Jakość ¹ ²****(spełnienie warunku kryterium jakość do wyboru tak/nie)** |
| **1.** |  |  |

*¹ W przypadku, gdy Oferent wskaże w Formularzu cenowym, że osoba wyznaczona do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia posiada dokument potwierdzający dodatkowe kwalifikacje zawodowe* wymienionych w punkcie 5.6 Ogłoszenia*, ale go nie przedstawi, Udzielający Zamówienia wezwie Oferenta do uzupełnienia oferty.*

*² W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym, że osoba wyznaczona do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia posiada dokument potwierdzający posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych* wymienionych w punkcie 5.6 Ogłoszenia*, ale go przedstawi, Udzielający Zamówienia przyzna punkty w kryterium Jakość.*

**W przypadku spółek partnerskich i podmiotów leczniczych, należy wybrać jedną odpowiedź osobno dla każdej z osób wyznaczonych przez Oferenta do realizacji przedmiotu zamówienia dla Kryterium b): Jakość.**

**W przypadku spółek partnerskich i podmiotów leczniczych, punkty w Kryterium b): Jakość będą przyznane proporcjonalnie do liczby osób, wyznaczonych przez Oferenta do realizacji przedmiotu zamówienia.**

 ……………………..……………………

 *(podpis Oferenta)*

**Załącznik nr 5 do Ogłoszenia -** Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

**5 a**

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

**5 b**

 **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 ………………………………..