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 na Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej w zakresie wykonywania zabiegów naczyniowych diagnostycznych i/lub interwencyjnych na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka" – 4 osoby.

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 wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia posiada **wykształcenie wyższe medyczne.**
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. 5.4. 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 radiologii i diagnostyki obrazowej |  |  |
| **3** | Certyfikat w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta |  |  |
| **4** | Certyfikat lub zaświadczenie potwierdzające udział w szkoleniu z zakresu neuroradiologii |  |  |
| **5** | Formularz ofertowy (załącznik nr 3 do Ogłoszenia) |  |  |
| **6** | Formularz cenowy (załącznik nr 4 do Ogłoszenia) |  |  |
| **7** | Wykaz personelu, który będzie udzielać świadczeń będących przedmiotem  umowy (załącznik nr 4.1. do Ogłoszenia) - dotyczy grupowych  praktyk lekarskich oraz podmiotów leczniczych |  |  |
| **8** | 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 |  |  |
| **9** | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5b do Ogłoszenia) - dotyczy wyłącznie podmiotów leczniczych |  |  |
| **10** | Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) lub odpis z właściwego rejestru KRS (Krajowy Rejestr Sądowy) |  |  |
| **11** | Wydruk z RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) |  |  |
| **12** | Aktualna polisa OC |  |  |
| **13** | 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 radiologii i diagnostyki obrazowej w zakresie wykonywania zabiegów naczyniowych diagnostycznych i/lub interwencyjnych** **na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka"- 4 osoby.**

**Formularz cenowy**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Oferowana cena jednostkowa za świadczenie w PLN** |
| **1** | **2** |
| **A.** **zabieg selektywnej dotętniczej chemioterapii siatkówczaka jako 1 Operator** |  |
| **B. zabieg selektywnej dotętniczej chemioterapii siatkówczaka jako 2 Operator** |  |
| **C. zabieg embolizacji śledziony,**  **wątroby oraz za zabiegi embolizacji obwodowych malformacji naczyniowych jako 1 Operator** |  |
| **D. zabieg embolizacji śledziony,**  **wątroby oraz za zabiegi embolizacji obwodowych malformacji naczyniowych jako 2 Operator** |  |
| **E. drobny zabieg naczyniowy, w tym diagnostyczny (np. angiografia) jako 1 Operator** |  |
| **F. drobny zabieg naczyniowy, w tym diagnostyczny (np. angiografia) jako 2 Operator** |  |
| **G. dokanałowe podanie leków tj. nakłucie**  **pod kontrolą angiografu w warunkach**  **Bloku Operacyjnego lub Sali Hybrydowej**  **lub diagnostyka śmierci mózgu jako 1**  **Operator** |  |
| **H. zabieg plastyki naczyń obwodowych z lub bez użyciem stentów jako 1 Operator** |  |
| **I. zabieg plastyki naczyń obwodowych z lub bez użyciem stentów jako 2 Operator** |  |

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

………………………………………………………

(data i podpis Oferenta )

**KRYTERIUM b) jakość** ¹ ² - **dotyczy osób fizycznych i osób fizycznych będących podmiotami wykonującymi działalność leczniczą (jednoosobowe praktyki lekarskie)**

Punkty będą przyznane, jeżeli Oferent przedstawi certyfikat lub zaświadczenie potwierdzające udział w szkoleniu z zakresu neuroradiologii ¹ ²: **(należy** ***wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A. | Nie posiadam Certyfikatu lub zaświadczenia potwierdzającego udział w szkoleniu z zakresu neuroradiologii |  |
| B. | Posiadam i przedstawiam Certyfikat lub zaświadczenie potwierdzające udział w szkoleniu z zakresu neuroradiologii |  |

¹ *W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o dokumentach potwierdzających posiadanie udokumentowanych dodatkowych kwalifikacji zawodowych, ale je przedstawi Udzielający Zamówienia uzna, że Oferent posiada wymienione dokumenty i przyzna maksymalną liczbę punktów w kryterium jakość.*

*2 W przypadku, gdy Oferent wskaże w Formularzu cenowym, że posiada dokument potwierdzający posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych, ale go nie przedstawi, Udzielający Zamówienia nie przyzna punktów w kryterium jakość.*

**KRYTERIUM c) Kompleksowość ³** – **dotyczy osób fizycznych i osób fizycznych będących podmiotami wykonującymi działalność leczniczą (jednoosobowe praktyki lekarskie)**

Oświadczenie Oferenta o liczbie wykonanych zabiegów naczyniowych diagnostycznych i/lub interwencyjnych:

**(należy** ***wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A. | Oświadczam, że wykonałam/em mniej niż 30 zabiegów  naczyniowych diagnostycznych i/lub interwencyjnych jako I/II Operator | □ |
| B. | Oświadczam, że wykonałam/em od 30 do 60 zabiegów  naczyniowych diagnostycznych i/lub interwencyjnych jako I/II Operator | □ |
| C. | Oświadczam, że wykonałam/em więcej niż 61 zabiegów  naczyniowych diagnostycznych i/lub interwencyjnych jako I/II Operator | □ |

*³ Udzielający zamówienia ma prawo zweryfikować przekazaną informację i zwrócić się do Oferenta o przedstawienie dokumentów potwierdzających posiadanie doświadczenia w wykonywaniu zabiegów naczyniowych (diagnostycznych i/lub interwencyjnych) jako I lub II Operator.*

.…………………., 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 ² | | | Kompleksowość ³ | | |
| Imię i nazwisko osoby wyznaczonej do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia | Osoba wyznaczona do udzielania świadczeń nie posiada Certyfikatu lub zaświadczenia potwierdzającego udział w szkoleniu z zakresu neuroradiologii | | Osoba wyznaczona do udzielania świadczeń posiada i przedstawia Certyfikat lub zaświadczenie potwierdzające udział w szkoleniu z zakresu neuroradiologii | Oświadczam, że osoba wyznaczona do udzielania  świadczeń będących przedmiotem umowy wykonała mniej niż 30 zabiegów  naczyniowych diagnostycznych i/lub interwencyjnych jako I/II Operator | Oświadczam, że osoba wyznaczona do udzielania  świadczeń będących przedmiotem umowy wykonała od 30 do 60 zabiegów  naczyniowych diagnostycznych i/lub interwencyjnych jako I/II Operator | Oświadczam, że osoba wyznaczona do udzielania  świadczeń będących przedmiotem umowy wykonała więcej niż 61 zabiegów  naczyniowych diagnostycznych i/lub interwencyjnych jako I/II Operator |
|  | należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X | | | | |
| 1. |  |  | |  |  |  |  |
| 2. |  |  | |  |  |  |  |
| 3. |  |  | |  |  |  |  |
| 4. |  |  | |  |  |  |  |

¹ *W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o dokumentach potwierdzających posiadanie udokumentowanych dodatkowych kwalifikacji zawodowych, ale je przedstawi Udzielający Zamówienia uzna, że Oferent posiada wymienione dokumenty i przyzna maksymalną liczbę punktów w kryterium jakość.*

*2 W przypadku, gdy Oferent wskaże w Formularzu cenowym, że posiada dokument potwierdzający posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych, ale go nie przedstawi, Udzielający Zamówienia nie przyzna punktów w kryterium jakość.*

*³ Udzielający zamówienia ma prawo zweryfikować przekazaną informację i zwrócić się do Oferenta o przedstawienie dokumentów potwierdzających posiadanie doświadczenia w wykonywaniu zabiegów naczyniowych (diagnostycznych i/lub interwencyjnych) jako I lub II Operator.*

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 ORAZ Kryterium c) kompleksowość 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 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 ………………………………..