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 lekarza specjalistę w dziedzinie otolaryngologii 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 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 otolaryngologii |  |  |
| **3** | dokument potwierdzający posiadanie specjalizacji w dziedzinie otorynolaryngologii |  |  |
|  | dokument potwierdzający posiadanie specjalizacji w dziedzinie otorynolaryngologii dziecięcej |  |  |
| **4** | Formularz ofertowy (załącznik nr 3 do Ogłoszenia) |  |  |
| **5** | Formularz cenowy (załącznik nr 4 do Ogłoszenia) |  |  |
| **6** | Wykaz personelu, który będzie udzielać świadczeń będących przedmiotem  umowy (załącznik nr 4.1. do Ogłoszenia) - dotyczy grupowych  praktyk lekarskich oraz podmiotów leczniczych |  |  |
| **7** | 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 |  |  |
| **8** | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5b do Ogłoszenia) - dotyczy wyłącznie podmiotów leczniczych |  |  |
| **9** | Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) lub odpis z właściwego rejestru KRS (Krajowy Rejestr Sądowy) |  |  |
| **10** | Wydruk z RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) |  |  |
| **11** | Aktualna polisa OC |  |  |
| **12** | 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 lekarza specjalistę w dziedzinie otolaryngologii na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka"**

**Formularz cenowy**

**Kryterium a): Dostępność -** dotyczy wszystkich oferentów **– należy uzupełnić:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa świadczenia** | **Zakres** | **Cena jednostkowa za świadczenie PLN** | **Oczekiwana liczba świadczeń w trakcie trwania umowy- dla 1 osoby** | **Szacunkowa deklarowana liczba świadczeń w trakcie trwania umowy - nie może być wyższa niż oczekiwana liczba świadczeń oraz nie może wynosić 0** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **I.** | | | | |
| **1.świadczenia z grupy PZC 01 KOMPLEKSOWE ZABIEGI JAMY USTNEJ, GARDŁA I KRTANI** | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | **3 811,00 zł** | **3** |  |
| dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | **3 494,00 zł** | **3** |  |
| dla dzieci powyżej 9 r.ż. | **3 176,00 zł** | **3** |  |
| **2. świadczenia z grupy PZC 02 DUŻE ZABIEGI JAMY USTNEJ, GARDŁA I KRTANI** | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | **832,00 zł** | **2** |  |
| dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | **762,00 zł** | **2** |  |
| dla dzieci powyżej 9 r.ż. | **693,00 zł** | **2** |  |
| **3. świadczenia z grupy PZC 03 USUNIĘCIE MIGDAŁKÓW I INNE ZABIEGI JAMY USTNEJ, GARDŁA I KRTANI** | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | **536,00 zł** | **5** |  |
| dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | **492,00 zł** | **100** |  |
| dla dzieci powyżej 9 r.ż. | **447,00 zł** | **100** |  |
| **4. świadczenia z grupy PZC 06 DUŻE ZABIEGI SZCZĘKOWO- TWARZOWE** | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | **2 737,00 zł** | **3** |  |
| dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | **2 509,00 zł** | **3** |  |
| dla dzieci powyżej 9 r.ż. | **2 281,00 zł** | **3** |  |
| **5. świadczenia z grupy PZC 07 ŚREDNIE ZABIEGI SZCZĘKOWO- TWARZOWE** | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | **1 057,00 zł** | **3** |  |
| dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | **969,00 zł** | **3** |  |
| dla dzieci powyżej 9 r.ż. | **881,00 zł** | **3** |  |
| **6. świadczenia z grupy PZC 10 KOMPLEKSOWE ZABIEGI KOREKCYJNE WAD WRODZONYCH TWARZOCZASZKI, JAMY USTNEJ I GARDŁA** | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | **3 881,00 zł** | **3** |  |
| dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | **3 557,00 zł** | **3** |  |
| dla dzieci powyżej 9 r.ż. | **3 234,00 zł** | **3** |  |
| **7. świadczenia z grupy PZC 11 DUŻE ZABIEGI KOREKCYJNE WAD WRODZONYCH TWARZOCZASZKI, JAMY USTNEJ I GARDŁA** | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | **2 495,00 zł** | **3** |  |
| dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | **2 287,00 zł** | **3** |  |
| dla dzieci powyżej 9 r.ż. | **2 079,00 zł** | **3** |  |
| **8. świadczenia z grupy PZC 12 ŚREDNIE ZABIEGI KOREKCYJNE WAD WRODZONYCH TWARZOCZASZKI, JAMY USTNEJ I GARDŁA** | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | **1 109,00 zł** | **3** |  |
| dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | **1 016,00 zł** | **3** |  |
| dla dzieci powyżej 9 r.ż. | **924,00 zł** | **3** |  |
| **9. świadczenia z grupy PZC 13 MAŁE ZABIEGI KOREKCYJNE WAD WRODZONYCH TWARZOCZASZKI, JAMY USTNEJ I GARDŁA** | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | **554,00 zł** | **2** |  |
| dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | **508,00 zł** | **30** |  |
| dla dzieci powyżej 9 r.ż. | **462,00 zł** | **2** |  |
| **10. świadczenia z grupy PZC 14 KOMPLEKSOWE ZABIEGI USZU** | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | **2 807,00 zł** | **2** |  |
| dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | **2 573,00 zł** | **2** |  |
| dla dzieci powyżej 9 r.ż. | **2 339,00 zł** | **2** |  |
| **11. świadczenia z grupy PZC 15 DDUŻE ZABIEGI USZU** | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | **1 160,00 zł** | **2** |  |
| dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | **1 064,00 zł** | **2** |  |
| dla dzieci powyżej 9 r.ż. | **967,00 zł** | **2** |  |
| **12. świadczenia z grupy PZC 16 ŚREDNIE ZABIEGI USZU** | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | **347,00 zł** | **2** |  |
| dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | **318,00 zł** | **2** |  |
| dla dzieci powyżej 9 r.ż. | **289,00 zł** | **2** |  |
| **13. świadczenia z grupy PZC 17 MAŁE ZABIEGI USZU** | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | **226,00 zł** | **10** |  |
| dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | **207,00 zł** | **30** |  |
| dla dzieci powyżej 9 r.ż. | **188,00 zł** | **2** |  |
| **14. świadczenia z grupy PZC 18 KOMPLEKSOWE ZABIEGI NOSA** | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | **1 628,00 zł** | **2** |  |
| dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | **1 493,00 zł** | **2** |  |
| dla dzieci powyżej 9 r.ż. | **1 357,00 zł** | **2** |  |
| **15. świadczenia z grupy PZC 19 DUŻE ZABIEGI NOSA** | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | **936,00 zł** | **2** |  |
| dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | **858,00 zł** | **2** |  |
| dla dzieci powyżej 9 r.ż. | **780,00 zł** | **20** |  |
| **16. świadczenia z grupy PZC 20 ŚREDNIE ZABIEGI NOSA** | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | **536,00 zł** | **2** |  |
| dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | **492,00 zł** | **2** |  |
| dla dzieci powyżej 9 r.ż. | **447,00 zł** | **2** |  |
| **17. świadczenia z grupy PZC 21 MAŁE ZABIEGI NOSA** | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | **156,00 zł** | **2** |  |
| dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | **143,00 zł** | **2** |  |
| dla dzieci powyżej 9 r.ż. | **130,00 zł** | **2** |  |
| **18. świadczenia z grupy PZC 22 DUŻE ZABIEGI ENDOSKOPOWE** | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | **988,00 zł** | **3** |  |
| dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | **905,00 zł** | **3** |  |
| dla dzieci powyżej 9 r.ż. | **823,00 zł** | **3** |  |
| **19. świadczenia z grupy PZC 23 ŚREDNIE ZABIEGI ENDOSKOPOWE** | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | **589,00 zł** | **2** |  |
| dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | **540,00 zł** | **2** |  |
| dla dzieci powyżej 9 r.ż. | **491,00 zł** | **2** |  |
| **20. świadczenia z grupy C 57 INNE CHOROBY GARDŁA, USZU I NOSA** | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | **337,00 zł** | **2** |  |
| dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | **309,00 zł** | **2** |  |
| dla dzieci powyżej 9 r.ż. | **281,00 zł** | **2** |  |
| **21. świadczenia z grupy PZ 99 INNE PROCEDURY ZABIEGOWE** | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | **164,00 zł** | **3** |  |
| dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | **151,00 zł** | **3** |  |
| dla dzieci powyżej 9 r.ż. | **137,00 zł** | **3** |  |
| **22. świadczenia z grupy PZK 02 ZABIEGI DOTYCZĄCE TARCZYCY I PRZYTARCZYC** | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | **1 265,00 zł** | **3** |  |
| dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | **1 159,00 zł** | **3** |  |
| dla dzieci powyżej 9 r.ż. | **1 054,00 zł** | **3** |  |
| **23. świadczenia z grupy PZA 03 ŚREDNIE ZABIEGI WEWNĄTRZCZASZKOWE** | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | **2 062,00 zł** | **3** |  |
| dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | **1 890,00 zł** | **3** |  |
| dla dzieci powyżej 9 r.ż. | **1 718,00 zł** | **3** |  |
| **24. świadczenia z grupy P 36 POWAŻNE CHOROBY GARDŁA, USZU I NOSA** | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | **866,00 zł** | **3** |  |
| dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | **794,00 zł** | **3** |  |
| dla dzieci powyżej 9 r.ż. | **722,00 zł** | **3** |  |
| **25. Duże zabiegi na oczodole i aparacie łzowym B42** | Bez współczynnika wiekowego | **838,00 zł** | **200** |  |
| **26.** **Średnie zabiegi na oczodole i aparacie łzowym PZB03** | Bez współczynnika wiekowego | **584,00 zł** | **100** |  |
| **27.** **Polisomnografia OPIS BADANIA - D36 Zaburzenia oddychania w czasie snu** | Bez współczynnika wiekowego | **250,00 zł** | **200** |  |
| **RAZEM** | | | | **940** | **………………………… - należy podsumować liczbę wszystkich świadczeń z kolumny nr 5** |

**Łączna deklarowana liczba świadczeń w trakcie trwania umowy wynosi** ...................................

.…………………., dnia ……………………… ……………………………………

*(podpis Oferenta)*

Udzielający Zamówienie informuje,żekażda zmiana w Formularzu cenowym, w zakresie kryterium a) Dostępność, będzie skutkowała odrzuceniem Oferty.

**KRYTERIUM b) Jakość 1 ² ³** – **dotyczy wszystkich oferentów:**

Udzielający zamówienia przyzna punkty za przedstawienie udokumentowanych dodatkowych kwalifikacji zawodowych innych niż niezbędne do przystąpienia do postępowania konkursowego, takich jak: potwierdzenie ukończenia kursu Leczenie chirurgiczne dróg łzowych i/lub potwierdzenie ukończenia kursu Zaburzenia oddychania w czasie snu i/lub potwierdzenie ukończenia kursu Polisomnografia:

A. Oświadczam, że posiadam dodatkowe udokumentowane kwalifikacje zawodowe

B. Oświadczam, że nie posiadam dodatkowych udokumentowanych kwalifikacji zawodowych

**KRYTERIUM c) Dostępność ⁴** – **dotyczy wszystkich oferentów:**

Oświadczenie oferenta, że posiada udokumentowane doświadczenie w pracy z pacjentem pediatrycznym:

* + - * 1. Brak doświadczenia
        2. 1-5 lata doświadczenia

C. powyżej 5 lat doświadczenia

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 punkty 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 W przypadku, gdy Oferent przedstawi co najmniej jeden z dokumentów potwierdzających posiadanie dodatkowych kwalifikacji, Udzielający Zamówienia przyzna maksymalną liczbę punktów w kryterium Jakość.*

*⁴ Udzielający zamówienia ma prawo zweryfikować przekazaną informację i zwrócić się do Oferenta o przedstawienie dokumentów potwierdzających posiadane doświadczenie w pracy z pacjentem pediatrycznym.*

.…………………., 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**.

|  |  |
| --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko osoby wskazanej przez Oferenta do realizacji świadczeń objętych zamówieniem** |
|
|
| **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 ………………………………..