**Załącznik nr 3 do Ogłoszenia**

**Dane dotyczące Udzielającego Zamówienia:**

Nazwa: **INSTYTUT „POMNIK-CENTRUM ZDROWIA DZIECKA”**

Siedziba: **04-730 Warszawa, al. DZIECI POLSKICH 20**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Dane dotyczące Przyjmującego Zamówienie:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa firmy pod którą działa Oferent** | |  |
| **ADRES** | **Kod pocztowy** |  |
| **Miejscowość** |  |
| **Ulica** |  |
| **Nr domu/ lokalu** |  |
| **NIP** |  | |
| **REGON** |  | |
| **Adres email** |  | |
| **Telefon** |  | |

**Zobowiązania Przyjmującego Zamówienie:**

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań genetycznych na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”- 40 pakietów, nr sprawy KO/CZD/17/24**:**

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia 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 1   
   do Ogłoszenia oraz z *klauzulą informacyjną* dotyczącą przetwarzania danych osobowych osób zawierających umowy o świadczenia zdrowotne dostępną na stornie internetowej www.czd.pl, w zakładce *O Instytucie sekcja Ochrona Danych Osobowych, Kontrahenci* i nie zgłaszam do nich żadnych uwag.
3. Oświadczam, że dane zawarte w złożonych dokumentach, o których mowa w pkt. 6 Ogłoszenia są aktualne na dzień składania ofert.
4. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne będące przedmiotem konkursu, będą udzielane samodzielnie bez zlecania ich w części lub całości podwykonawcom -spełnienie warunku o którym mowa w punkcie 6.9 Ogłoszenia

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

*(podpis Oferenta)*

**Spis załączników:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj dokumentu** | **Dołączono do oferty (zaznaczyć „x”)** | |
| **TAK** | **NIE** |
| 1 | Formularz Ofertowy- według załącznika nr 3 do ogłoszenia |  |  |
| 2 | Formularz asortymentowo-cenowy- według załącznika nr 2 do ogłoszenia |  |  |
| 3 | Zaświadczenie o wpisie Oferenta do Rejestru Podmiotów wykonujących działalność leczniczą. |  |  |
| 4 | Uwierzytelniona z oryginałem kopia zaświadczenia o wpisie do ewidencji prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych lub oświadczenie Oferenta, że laboratorium wpisane jest do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych ze wskazaniem numeru wpisu. |  |  |
| 5 | Aktualny (nie starszy niż 6 miesięcy) odpis z Krajowego Rejestru Sądowego |  |  |
| 6 | Pełnomocnictwo dla osoby podpisującej ofertę, jeżeli Ofertę podpasuje pełnomocnik. |  |  |
| 7 | Wykaz osób i kwalifikacji zawodowych pracowników – załącznik nr 4  do ogłoszenia |  |  |
| 8 | Oświadczenie Oferenta, że posiada odpowiednie warunki lokalowe oraz wykaz wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny –załącznik nr 5 do ogłoszenia |  |  |
| 9 | Uwierzytelniona z oryginałem kopia aktualnej polisy OC, potwierdzająca zawarcie umowy ubezpieczenia z tytułu odpowiedzialności cywilnej Oferenta w wysokości nie niższej niż wynikająca z Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 29.04.2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, o której mowa w art. 8 pkt. 1 lit. b i pkt. 2 ustawy, tj.: 75 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia i 350 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń lub oświadczenie Oferenta, że najpóźniej w dniu podpisania umowy przedstawi Udzielającemu Zamówienie kopię przedmiotowego dokumentu w wysokości nie niższej niż opis powyżej |  |  |
| 10 | Aktualny certyfikat/y potwierdzający/e udział w kontroli zewnątrz laboratoryjnej dla wskazanych pakietu wskazanego w Formularzu asortymentowo-cenowym |  |  |
| 11 | Oświadczenie o udziale w kontroli zewnątrzlaboratoryjnej dla oznaczenia wskazanego w formularzu asortymentowo-cenowym dla wybranego pakietu –  według załącznika nr 10 |  |  |
| 12. | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 6 do ogłoszenia) |  |  |
| 13. | Akredytacja potwierdzająca spełnienie wymagań normy PN-EN ISO/IEC 17025 lub równoważna |  |  |
| 14. | Załącznik nr 7 do Ogłoszenia- Oświadczenie Oferenta - dot. klasyfikacji Oferty w kryterium dostępność |  |  |
| 15. | Załącznik nr 8 do Ogłoszenia- Oświadczenie Oferenta - dot. klasyfikacji Oferty w kryterium ciągłość |  |  |
| 16. | Załącznik nr 9 do Ogłoszenia- Oświadczenie Oferenta - dot. klasyfikacji Oferty w kryterium kompleksowość |  |  |

**......................................... .........................................**

(Miejscowość, data) (podpis Oferenta)

**Załącznik nr 4 do Ogłoszenia**

**WYKAZ OSÓB I KWALIFIKACJI ZAWODOWYCH PRACOWNIKÓW 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wykształcenie** | **Stanowisko** | **Kwalifikacje** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**......................................... .........................................**

(Miejscowość, data) (podpis Oferenta)

1 W wykazie należy uwzględnić **jedynie** pracowników laboratorium, wykonujących procedury medyczne będące przedmiotem konkursu ofert KO/CZD/17/24

**Załącznik nr 5 do Ogłoszenia**

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

Oświadczam, żelaboratorium ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(podać nazwę i siedzibę laboratorium)

posiada oczekiwane warunki lokalowe oraz elementy wyposażenia (aparaturę i sprzęt medyczny) w zakresie niezbędnym do wykonania zamówienia będącego przedmiotem Konkursu Ofert KO/CZD/17/24.

**WYKAZ WYPOSAŻENIA W APARATURĘ i SPRZĘT MEDYCZNY 1**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wyposażenie laboratorium** | **Producent, typ, rok produkcji** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**......................................... .........................................**

(Miejscowość, data) (podpis Oferenta)

1 W wykazie należy uwzględnić **jedynie** te elementy wyposażenia (aparaturę i sprzęt medyczny), niezbędny do wykonania procedur medycznych będących przedmiotem konkursu ofert KO/CZD/17/24

**Załącznik nr 6 do Ogłoszenia**

**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.

**......................................... .........................................**

(Miejscowość, data) (podpis Oferenta)

**Załącznik nr 7 do Ogłoszenia**

**Oświadczenie Oferenta - dot. klasyfikacji Oferty w kryterium dostępność 1**

Potwierdzam, że **punkt przyjęć materiału** znajduje się pod adresem

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(wpisać adres udzielania świadczeń)

Odległość w jedną stronę od Udzielającego Zamówienia do **punkt przyjęć materiału** objętego postępowaniem wynosi odpowiednio (do wyboru - poprzez zaznaczenie x ):

A. Poniżej 20 km,

B. Powyżej 20 km

**......................................... .........................................**

(Miejscowość, data) (podpis Oferenta)

**1** W przypadku, gdy Oferent nie wskaże Oświadczenia dot. odległość w jedną stronę od Udzielającego Zamówienia do miejsca udzielania świadczeń, Udzielający Zamówienia sam określi odległość z wykorzystaniem nawigacji https://Google.pl/maps i przyzna punkty.

Jeżeli punkt przyjęć materiału Oferenta znajduje się w odległości powyżej 60 km od siedziby Udzielające zamówienia koszt transportu pozostaje po stronie Przyjmującego zamówienie.

**Załącznik nr 8 do Ogłoszenia**

**Oświadczenie Oferenta - dot. klasyfikacji Oferty w kryterium ciągłość 2**

Oświadczam, że kieruje podmiotem, w którym świadczenia objęte umową realizowane są (do wyboru poprzez zaznaczenie x)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Numer pakietu** | **Nazwa pakietu** | **nie dłużej niż 2 lata** | **dłużej niż 2 lata, ale nie dłużej niż 5 lat** | **dłużej niż 5 lat** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**......................................... .........................................**

(Miejscowość, data) (podpis Oferenta)

**2**W przypadku, gdy Oferent nie uzupełni/ nie przedstawi Oświadczenia dot. realizacji oznaczeń wskazanych w Formularzu asortymentowo-cenowym Udzielający Zamówienia uzna, że Oferent posiada jedynie powyżej 2 lat doświadczenia (warunek formalny) i przyzna 0 punktów w kryterium Ciągłość

**Załącznik nr 9 do Ogłoszenia**

**Oświadczenie Oferenta - dot. klasyfikacji Oferty w kryterium kompleksowość 3**

Oświadczam, że kieruję podmiotem, który posiada narzędzie informatyczne np. Panel klienta lub równoważny i po podpisaniu umowy udostępnię go Udzielającemu Zamówienie w celu możliwości m.in. odbioru wyniku badań online.

**......................................... .........................................**

(Miejscowość, data) (podpis Oferenta)

3 W przypadku, gdy Oferent nie przedstawi/ nie uzupełni oświadczenia Udzielający Zamówienia przyzna 0 punktów i nie wezwie do uzupełnienia oferty.

**Załącznik nr 10 do Ogłoszenia**

**Potwierdzam/nie potwierdzam** udział/udziału w kontroli zewnątrzlaboratoryjnej dla oznaczenia   
wskazanego w formularzu asortymentowo–cenowym dla wybranego pakietu:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Numer pakietu** | **Nazwa pakietu** | **Potwierdzam \*** | **Nie potwierdzam** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**......................................... .........................................**

(Miejscowość, data) (podpis Oferenta)

\*wymagane przedstawienie certyfikatu potwierdzającego udział w kontroli zewątrzlaboratoryjnej