**Formularz ofertowy Załącznik nr 3 do Ogłoszenia**

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez diagnostę laboratoryjnego w zakresie wykonywania laboratoryjnych badań genetycznych na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”**

**Dane oferenta**

Imię i Nazwisko/Firma………………………………….…………………………………………........................................................

Obywatelstwo………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Nazwisko rodowe…………………………………………………..……………………………………………………..........………………………

Imiona rodziców………………………………………………………………………………………………………………........…………………..

Numer PESEL ……………………………………………………………

Seria i numer dowodu osobistego ………………………………wydany przez …………………………………….........……..…….

Adres……………………………………………………………………………………………………………………………...…………..…………………

Adres do korespondencji (jeśli inny niż adres siedziby/zamieszkania):…………………………………....................................................................................................

Telefon:………………………………………

E-mail:……………………………………….. NIP\*:…………………………………………………

REGON\*: ………………………………………………………………………………………..........

**Oferent oświadcza, iż:**

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie zawierającym w szczególności przedmiot konkursu, kryteria oceny ofert oraz warunki stawiane oferentom.
2. Zapoznał się z treścią Istotnych Postanowień Umowy stanowiących załącznik nr 6 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 zgłasza   
   do nich żadnych uwag.
3. Podczas obowiązywania niniejszej umowy nie będzie pozostawał /Osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia nie będzie pozostawała w stosunku pracy z Udzielającym Zamówienia   
   w zakresie pokrywającym się z przedmiotem niniejszego konkursu.
4. Dane zawarte w złożonych dokumentach, są aktualne na dzień składania ofert.
5. Posiada/ Osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia posiada **wykształcenie wyższe.**
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. 1.4. w Załączniku nr 2 do Ogłoszenia.
7. Spełnia wszystkie warunki stawiane oferentom wymienione w ogłoszeniu konkursowym.
8. Jest związany/a ofertą do 30-go dnia od upływu terminu składania ofert.

…………………………………………………………

(data i podpis Oferenta )

**\***informacje wymagane dla osób prowadzących działalność gospodarczą

 Spis załączników:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj dokumentu** | **Dołączono do oferty (zaznaczyć „x”)** | |
| **TAK** | **NIE** |
| **1** | Prawo wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego |  |  |
| **2** | Dokument potwierdzający:  • rozpoczęcie po roku akademickim 2018/2019 studiów przygotowujących do wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego, prowadzonych zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 68 ust. 3 pkt. 1 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2023 r. poz. 742, 1088, 1234 i 1672), i uzyskanie tytułu zawodowego magistra lub  • ukończenie w Rzeczypospolitej Polskiej jednolitych studiów magisterskich na kierunku analityka medyczna lub medycyna laboratoryjna i uzyskanie tytułu zawodowego magistra, lub  • do dnia 31 grudnia 2028 r. ukończenie jednolitych studiów magisterskich lub studiów pierwszego i drugiego stopnia na kierunku biologia, biotechnologia, chemia, farmacja lub weterynaria i uzyskanie tytułu zawodowego magistra lub równorzędnego oraz ukończenie kształcenia podyplomowego w zakresie analityki medycznej w uczelni, która prowadzi studia na kierunku analityka medyczna, potwierdzone egzaminem, lub  • do dnia 31 grudnia 2028 r. ukończenie jednolitych studiów magisterskich lub studiów pierwszego i drugiego stopnia na kierunku biologia, biotechnologia, chemia, farmacja lub weterynaria i uzyskanie tytułu zawodowego magistra lub równorzędnego i rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie analityki klinicznej, diagnostyki laboratoryjnej, mikrobiologii lub toksykologii, z zastrzeżeniem ust. 2, lub  • posiadanie dyplomu wydanego w państwie innym niż państwo członkowskie, uznanego w Rzeczypospolitej Polskiej za równoważny z dyplomem uzyskiwanym w Rzeczypospolitej Polskiej, potwierdzającym tytuł zawodowy magistra na kierunku analityka medyczna zgodnie z przepisami ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, lub  • posiadanie kwalifikacji do wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego uznanych w Rzeczypospolitej Polskiej przez Krajową Radę na podstawie przepisów ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej (Dz. U. z 2023 r. poz. 334), lub  • posiadanie kwalifikacji uzyskanych przed dniem 1 stycznia 2021 r. w Zjednoczonym Królestwie Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, zwanym dalej "Zjednoczonym Królestwem", uznanych w Rzeczypospolitej Polskiej przez Krajową Radę na podstawie przepisów ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej, lub  • uzyskanie w Rzeczypospolitej Polskiej tytułu zawodowego licencjata na kierunku analityka medyczna, a następnie ukończenie studiów drugiego stopnia i uzyskanie tytułu zawodowego magistra na kierunku analityka medyczna;   * ukończenie studiów i uzyskanie tytułu zawodowego magistra lub równorzędnego oraz ukończenie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie analityki klinicznej, diagnostyki laboratoryjnej, mikrobiologii lub toksykologii |  |  |
| **3** | Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy |  |  |
| **4** | Dokument nieobowiązkowy (fakultatywny)- Dokument potwierdzający posiadanie dodatkowych kwalifikacji – ukończenie kursu/kursów z zakresu diagnostyki genetycznej |  |  |
| **5** | Kopia aktualnej polisy od odpowiedzialności cywilnej |  |  |
| **6** | Formularz ofertowy (załącznik nr 3 do Ogłoszenia) |  |  |
| **7** | Formularz cenowy (załącznik nr 4 do Ogłoszenia) |  |  |
| **8** | Wykaz personelu (załącznik nr 4.1. do Ogłoszenia) - dotyczy praktyk zawodowych w formie spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka diagnostów laboratoryjnych |  |  |
| **9** | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5 do Ogłoszenia) - dotyczy wszystkich oferentów |  |  |
| **10** | Informacja z Krajowego Rejestru Karnego |  |  |
| **11** | Inne- wymienić jakie  ............................................................................................ |  |  |

.................................................

Podpis Oferenta

**Załącznik nr 4 do Ogłoszenia**

**Formularz cenowy**

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

**Oferowane wynagrodzenie za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych:**

…………………………. zł brutto/godzinę

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

**Kryterium b) Jakość ¹ ² – dotyczy wszystkich Oferentów -** posiadanie dodatkowych kwalifikacji, poprzez przedstawienie dokumentu/dokumentów potwierdzającego/potwierdzających ukończenie kursu/kursów z zakresu diagnostyki genetycznej *(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 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.*

**Kryterium c): Kompleksowość ³ – dotyczy wszystkich oferentów -** posiadanie doświadczenia w diagnostyce genetycznej – wykonywaniu analiz omicznych z wykorzystaniem NGS *(należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X)****:***

* brak doświadczenia
* 1 - 2 lata doświadczenia – 2 punkty
* 3 lub więcej lat doświadczenia – 5 punktów

*³ Udzielający zamówienia ma prawo zweryfikować przekazaną informację i zwrócić się do Oferenta o przedstawienie dokumentów potwierdzających posiadane doświadczenie* w diagnostyce genetycznej – analizy omiczne z wykorzystaniem NGS*. W przypadku braku złożonego oświadczenia o posiadanym doświadczeniu* w diagnostyce genetycznej – analizy omiczne z wykorzystaniem NGS*, Udzielający zamówienia uzna, że Oferent nie posiada doświadczenia i nie przyzna punktów w kryterium Kompleksowość.*

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

…………………………………………………………

(data i podpis Oferenta )

**Załącznik nr 4.1. do Ogłoszenia**

**Wykaz personelu - dotyczy praktyk zawodowych w formie spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka diagnostów laboratoryjnych** (*należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X).*

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

***(podpis Oferenta) ……………………………………***

**Załącznik nr 5 do Ogłoszenia**

**5**

**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………………………………..