**Załącznik nr 3 do Ogłoszenia**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w zakresie opisywania badań EEG i wideo EEG na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”**

Dane dotyczące Udzielającego Zamówienia:

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

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

Dane dotyczące Przyjmującego Zamówienie:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię i Nazwisko lub**  **nazwa firmy pod którą działa Oferent** | |  |
| **Obywatelstwo/Obywatelstwa** | |  |
| **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 medycznego na udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w zakresie opisywania badań EEG i wideo EEG na rzecz pacjentów IPCZD”:

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 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, Ochrona Danych Osobowych, Kontrahenci* i nie zgłasza do nich żadnych uwag.
3. Oświadczam, że dane zawarte w złożonych dokumentach, o których mowa w pkt. 1 w załączniku nr 2 do 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 pozostawała w stosunku pracy z Udzielającym Zamówienia   
   w zakresie pokrywającym się z przedmiotem niniejszego konkursu.
5. Oświadczam, że posiadam/ osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia posiada **wykształcenie wyższe medyczne.**
6. Oświadczam, że posiadam/ osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia posiada **aktualne badania lekarskie** niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych – potwierdzenie spełnienie warunku, o którym mowa w pkt. 1.5. załącznika nr 2 do Ogłoszenia.
7. Oświadczam, że jestem związany ofertą do 30-go dnia od upływu terminu składania ofert.

……................., 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 prawa zawodu lekarza |  |  |
| **2** | Dokument potwierdzający posiadanie specjalizacji z zakresu neurologii dziecięcej |  |  |
| **3** | Dokument potwierdzający posiadanie licencji EEG Polskiego Towarzystwa Neurofizjologii Klinicznej |  |  |
| **4** | Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy |  |  |
| **5** | Wydruk z RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą)  nie starszy niż 3 miesiące |  |  |
| **6** | Kopia aktualnej polisy od odpowiedzialności cywilnej |  |  |
| **7** | Formularz ofertowy (załącznik nr 3 do Ogłoszenia) |  |  |
| **8** | Formularz cenowy (załącznik nr 4 do Ogłoszenia) |  |  |
| **9** | Wykaz personelu (załącznik nr 4.1. do Ogłoszenia) - dotyczy grupowych praktyk lekarskich oraz podmiotów leczniczych |  |  |
| **10** | 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 |  |  |
| **11** | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5b do Ogłoszenia)- dotyczy wyłącznie podmiotów leczniczych |  |  |
| **12** | Informacja z Krajowego Rejestru Karnego |  |  |
| **13** | Inne- wymienić jakie  ............................................................................................ |  |  |

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

Podpis Oferenta

**Załącznik nr 4 do Ogłoszenia**

**FORMULARZ CENOWY**

**KRYTERIUM 1: CENA -** dotyczy wszystkich oferentów *(należy uzupełnić):*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa świadczenia** | **Maksymalna szacunkowa liczba świadczeń podczas trwania umowy** | **Oferowana cena jednostkowa brutto za 1 świadczenie w PLN** | | **Wartość zamówienia *(4=2x3)*** | |
| **1** | **2** | **3** | | **4** | |
| Opis badania EEG | *720* | …………………………….. | | …………………………PLN  Słownie ………………………………………….………………. | |
| Opis badania wideo EEG | *360* | ………………………………. | | …………………………PLN  Słownie ………………………………………….………………. | |
|  |  |  | **Całkowita wartość oferty *(suma kolumny 4)*** | | …………………………PLN  Słownie ………………………………………….………………………………………. |

**Kryterium 2: JAKOSĆ-** dotyczy wszystkich oferentów

Oświadczam, że jestem/że osoba wyznaczona do udzielania świadczeń będących przedmiotem umowy jest autorem/współautorem, posiada udokumentowane doświadczenie w opisywaniu badań EEG : (należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X)1:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A. | brak doświadczenia |  |
| B. | 1 - 3 lata doświadczenia |  |
| C. | 3 lub więcej lat doświadczenia |  |

*1 Udzielający zamówienia ma prawo zweryfikować przekazaną informację i zwrócić się do Oferenta o przedstawienie dokumentów potwierdzających posiadane doświadczenie* w opisywaniu badań EEG*.*

*W przypadku braku złożonego oświadczenia o posiadanym doświadczeniu* w opisywaniu badań EEG*., Udzielający zamówienia uzna, że Oferent nie posiada doświadczenia* w opisywaniu badań EEG *i nie przyzna punktów w kryterium Jakość.*

**Udzielający Zamówienie informuje, że każda zmiana w formularzu cenowym będzie skutkowała odrzuceniem oferty.**

…………………………………………………………

(data i podpis Oferenta )

**Załącznik nr 4.1. do Ogłoszenia**

**Wykaz personelu, który będzie udzielać świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy- dotyczy osób wyznaczonych przez Oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem w przypadku grupowych praktyk lekarskich i 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 ……………………………….

**Załącznik nr 7 do ogłoszenia**

…………………………………………………………………….

Imię i nazwisko [[1]](#footnote-1)

**Oświadczenie**

Ja niżej podpisana/-y oświadczam, że:

\* nie zamieszkiwałam/-em

\* zamieszkiwałam/-em w następujących państwach ………………………………………………………………..

w ostatnich 20 latach w innych państwach niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa.

Wiarygodność powyższego stwierdzam własnoręcznym podpisem i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

……………………………………………….

(data i podpis)

\*Niepotrzebne skreślić

Pracownik składa pracodawcy lub innemu organizatorowi oświadczenie o państwie lub państwach, w których zamieszkiwała w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa, oraz jednocześnie przedkłada pracodawcy lub innemu organizatorowi informację z rejestrów karnych tych państw uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi. Jeżeli prawo państwa zamieszkiwania nie przewiduje wydawania informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi, przedkłada się informację z rejestru karnego tego państwa.

W przypadku gdy prawo państwa, z którego ma być przedłożona informacja z rejestrów karnych, nie przewiduje jej sporządzenia lub w danym państwie nie prowadzi się rejestru karnego, pracownik składa pracodawcy lub innemu organizatorowi oświadczenie o tym fakcie wraz z oświadczeniem, że nie była prawomocnie skazana w tym państwie za czyny zabronione odpowiadające przestępstwom określonym w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii oraz nie wydano wobec niej innego orzeczenia, w którym stwierdzono, iż dopuścił się takich czynów zabronionych, oraz że nie ma obowiązku wynikającego z orzeczenia sądu, innego uprawnionego organu lub ustawy stosowania się do zakazu zajmowania wszelkich lub określonych stanowisk, wykonywania wszelkich lub określonych zawodów albo działalności, związanych z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem, świadczeniem porad psychologicznych, rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizacją innych zainteresowań przez małoletnich, lub z opieką nad nimi.

Podstawa prawna: art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich.

**Załącznik nr 8 do ogłoszenia**

**Oświadczenie [[2]](#footnote-2)**

Ja niżej podpisany/a ……………………………………………………………………………………….……………………………………

zamieszkały/a………………………………………………………………………………………...……………………………..……….…

legitymujący/a się dokumentem tożsamości nr ……………………………………………………...…………………….…….

wydanym przez ………………………………………………………………………………………………………………………….….…….

numer PESEL ………………………………………………………………………………………..…………………………………….….……

**Oświadczam, że:**

* prawo w państwie obywatelstwa ………………………………………………….(wpisać nazwę państwa/państw) nie przewiduje sporządzenia informacji z rejestrów karnych lub nie prowadzi się rejestru karnego;
* prawo w państwie, w którym zamieszkiwałem/am …………………..…………………………………………….. (wpisać nazwę państwa/państw) nie przewiduje sporządzenia informacji z rejestrów karnych lub nie prowadzi się rejestru karnego.

**Oświadczam, że**:

* nie byłem/am prawomocnie skazany/a w żadnym z wyżej wymienionych państw, za czyny zabronione odpowiadające przestępstwom określonym w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii oraz nie wydano wobec mnie innego orzeczenia, w którym stwierdzono, iż dopuściłem/am się takich czynów zabronionych, oraz że nie ma obowiązku wynikającego z orzeczenia sądu, innego uprawnionego organu lub ustawy stosowania się do zakazu zajmowania wszelkich lub określonych stanowisk, wykonywania wszelkich lub określonych zawodów albo działalności, związanych z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem, świadczeniem porad psychologicznych, rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizacją innych zainteresowań przez małoletnich, lub z opieką nad nimi.

*Jestem świadomy/ a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.*

……………………………………………….

(data i podpis)

1. dotyczy osób fizycznych, jednoosobowych praktyk oraz osób wyznaczonych przez oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem [↑](#footnote-ref-1)
2. dotyczy osób fizycznych, jednoosobowych praktyk oraz osób wyznaczonych przez oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem [↑](#footnote-ref-2)