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** | |  |
| **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** |  | |

……................., dnia ……………….. …………………………………….. *(podpis Oferenta)*

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

**Załącznik nr 3 do Ogłoszenia**

**Zobowiązania Przyjmującego Zamówienie:**

Nawiązując do Ogłoszenia o konkursie ofert pn. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej terapii na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka" – 2 Zadania (40 osób).

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 ja/osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia podczas obowiązywania niniejszej umowy nie będę/nie będzie pozostawała/pozostawać 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 – potwierdzające spełnienie warunku, o którym mowa w pkt. 5.4. Ogłoszenia.
7. Oświadczam, że posiadam/Osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia posiada min. 1 rok doświadczenia w znieczulaniu dzieci < 3r.ż. – potwierdzające spełnienie warunku, o którym mowa w pkt. 5.5. Ogłoszenia.
8. 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.
9. **Oświadczam, że składam ofertę na (należy wskazać numer zadania poprzez postawienie znaku X):**

**Zadanie nr 1**

**Zadanie nr 2**

……................., dnia ……………….. …………………………………….. *(podpis Oferenta)*

**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** | Specjalizacja w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej terapii |  |  |
| **3** | Formularz ofertowy (załącznik nr 3 do Ogłoszenia) |  |  |
| **4** | Formularz cenowy (załącznik nr 4 do Ogłoszenia) |  |  |
| **5** | 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 |  |  |
| **6** | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5b do Ogłoszenia) - dotyczy wyłącznie podmiotów leczniczych |  |  |
| **7** | DOKUMENT NIEOBOWIĄZKOWY (FAKULTATYWNY) - dokument potwierdzający ukończenie kursu lub szkolenia z zakresu: medycyny paliatywnej i/lub echa serca i/lub blokad regionalnych pod kontrolą USG i/lub zastosowanie USG w ocenie miąższu płucnego i/lub ciągła terapia nerko zastępcza i/lub ECMO i/lub bronchofiberoskopia i/lub leczenie bólu. |  |  |
| **8** | Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) lub odpis z właściwego rejestru KRS (Krajowy Rejestr Sądowy) |  |  |
| **9** | Wydruk z RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) |  |  |
| **10** | Aktualna polisa OC |  |  |
| **11** | Dokument uprawniający do wykonywania legalnej pracy na terenie RP – *dotyczy cudzoziemców* |  |  |
| **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 lekarzy specjalistów w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej terapii na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka" – 2 Zadania (40 osób).**

**Formularz cenowy**

**Kryterium 4a) cena – dotyczy wszystkich Oferentów (należy uzupełnić) - Udzielający Zamówienie dopuszcza składanie ofert częściowych:**

**4a1) ………………………… zł brutto za godzinę** udzielania świadczeń zdrowotnych - praca na Bloku Operacyjnym w Oddziałach Intensywnej Terapii I oraz II, w Poradni Leczenia Bólu, w Poradni Anestezjologicznej i w Zespole Leczenia Bólu

**4a2) ………………………… zł brutto** Za znieczulenie w punktach znieczuleń poza Blokiem Operacyjnym, tj. do badań obrazowych (Pracownia Rezonansu Magnetycznego, Pracownia Tomografii Komputerowej, Pracownia Pozytonowej Emisyjnej Tomografii, Pracownia Badań Scyntygraficznych i Terapii Izotopowych)

**Udzielający zamówienia przeznaczył na realizacje 1 świadczenia kwotę nie wyższą niż - 250,00 zł brutto**

**4a3) ………………………… zł brutto** Za znieczulenie w punktach znieczuleń poza Blokiem Operacyjnym, tj. w Poradni Okulistycznej, w Ośrodku Chirurgii Ambulatoryjnej i w Pracowni Diagnostyki Gastroenterologicznej

**Udzielający zamówienia przeznaczył na realizacje 1 świadczenia kwotę nie wyższą niż - 190,00 zł brutto**

**4a4) ………………………… zł brutto** Za znieczulenie przy procedurach wykonywanych w Poradni Chirurgii Stomatologicznej dla Dzieci i Dorosłych

**Udzielający zamówienia przeznaczył na realizacje 1 świadczenia kwotę nie wyższą niż - 510,00 zł brutto**

**4a5) ………………………… zł brutto** Za znieczulenie w punkcie znieczuleń poza Blokiem Operacyjnym, tj. w Pracowni Interwencji Sercowo-Naczyniowych

**Udzielający zamówienia przeznaczył na realizacje 1 świadczenia kwotę nie wyższą niż - 500,00 zł brutto**

**4a6) ………………………… zł brutto** Za znieczulenie do zabiegów laryngologicznych wykonywanych na Bloku Operacyjnym

**Udzielający zamówienia przeznaczył na realizacje 1 świadczenia kwotę nie wyższą niż - 340,00 zł brutto**

**4a7) ………………………… zł brutto** Za znieczulenie do zabiegów neurochirurgicznych wykonywanych na Bloku Operacyjnym

**Udzielający zamówienia przeznaczył na realizacje 1 świadczenia kwotę nie wyższą niż - 700,00 zł brutto**

.…………………., dnia ……………………… …………………………………… *(podpis Oferenta)*

Udzielający Zamówienie informuje,żekażda zmiana w Formularzu cenowym w zakresie **Kryterium 4a) cena** będzie skutkowała odrzuceniem Oferty.

**Kryterium b): Jakość - dotyczy osób fizycznych oraz osób fizycznych będących podmiotami wykonującymi działalność leczniczą *¹ ² ³*** *(należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):*

**Oświadczam, że posiadam i załączam dokument potwierdzający ukończenie kursu lub szkolenia z zakresu:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. |  | TAK | NIE |
| 1 | medycyny paliatywnej |  |  |
| 2 | echa serca |  |  |
| 3 | blokad regionalnych pod kontrolą USG |  |  |
| 4 | zastosowania USG w ocenie miąższu płucnego |  |  |
| 5 | ciągłej terapii nerko zastępczej |  |  |
| 6 | ECMO |  |  |
| 7 | bronchofiberoskopii |  |  |
| 8 | leczenia bólu |  |  |

*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 dokumenty potwierdzające posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych, ale ich nie przedstawi, Udzielający Zamówienia nie przyzna punktów w kryterium jakość.*

*³ W przypadku, gdy Oferent przedstawi 2 lub więcej z dokumentów potwierdzających posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych, Udzielający Zamówienia przyzna maksymalną liczbę punktów w kryterium jakość.*

**Kryterium 4c) kompleksowość** - **dotyczy osób fizycznych i osób fizycznych prowadzących indywidualną działalność leczniczą**

Oświadczam, że czynnie uczestniczę/uczestniczyłam/em w konferencjach naukowych poświęconych Anestezjologii i Intensywnej terapii jako wykładowca lub prowadzący sesję ⁴: **(należy** ***wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A. | Potwierdzam czynne uczestnictwo w konferencjach naukowych poświęconych Anestezjologii i Intensywnej terapii jako wykładowca lub prowadzący sesję |  |
| B. | Brak czynnego uczestnictwa w konferencjach naukowych poświęconych Anestezjologii i Intensywnej terapii jako wykładowca lub prowadzący sesję |  |

*⁴ Udzielający zamówienia ma prawo zweryfikować przekazaną informację i zwrócić się do Oferenta o przedstawienie dokumentów potwierdzających czynny udział w konferencjach naukowych poświęconych Anestezjologii i Intensywnej Terapii.*

.…………………., 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.** | **Osoba wyznaczona do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia** | **Numer Zadania** | **Jakość - Oświadczam, że osoba wyznaczona do udzielania przedmiotu zamówienia posiada i załącza dokument potwierdzający ukończenie kursu lub szkolenia wymienionego w punkcie 5.6 Ogłoszenia: ¹ ² ³** | | | | **Kompleksowość - czynne uczestnictwo w konferencjach naukowych poświęconych Anestezjologii i Intensywnej terapii jako wykładowca lub prowadzący sesję ⁴** | |
|  | **Imię i nazwisko** | Należy wpisać wybrany numer 1 lub 2 | Nie posiada | Posiada 1 | | Posiada 2 lub więcej | Potwierdzam czynne uczestnictwo w konferencjach naukowych poświęconych radiologii i diagnostyce obrazowej jako wykładowca lub prowadzący sesję | Brak czynnego uczestnictwa w konferencjach naukowych poświęconych radiologii i diagnostyce obrazowej jako wykładowca lub prowadzący sesję |
| ***należy******wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X*** | | | | ***należy******wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X*** | |
| 1. |  |  |  | |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  | |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  | |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  | |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  | |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  | |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  | |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  | |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  | |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  | |  |  |  |  |
| 11. |  |  |  | |  |  |  |  |
| 12. |  |  |  | |  |  |  |  |
| 13. |  |  |  | |  |  |  |  |

*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 dokumenty potwierdzające posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych, ale ich nie przedstawi, Udzielający Zamówienia nie przyzna punktów w kryterium jakość.*

*³ W przypadku, gdy Oferent przedstawi 2 lub więcej z dokumentów potwierdzających posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych, 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 czynny udział w konferencjach naukowych poświęconych Anestezjologii i Intensywnej Terapii.*

*W przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi (grupowa praktyka lekarska), punkty w Kryterium Jakość i Kompleksowość będą przyznane proporcjonalnie do liczby osób, wyznaczonych przez Oferenta do realizacji przedmiotu zamówienia.*

.…………………., dnia ……………………… …………………………… *(podpis Oferenta)*

**Załącznik nr 5 do Ogłoszenia**

**5a**

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych -** dotyczy osób fizycznych, osób fizycznych prowadzących indywidualną działalność gospodarczą oraz osób wyznaczonych przez Oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem w przypadku spółki partnerskiej**:**

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 6 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 7 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)