**Formularz ofertowy Załącznik nr 3 do Ogłoszenia**

Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie interpretacji i opisu badań polisomnograficznych na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka" – 2 osoby.

**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 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. 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** | Dokument potwierdzający posiadanie prawa zawodu lekarza |  |  |
| **2** | Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy |  |  |
| **3** | Wydruk z RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) nie starszy niż 3 miesiące |  |  |
| **4** | Kopia aktualnej polisy odpowiedzialności cywilnej |  |  |
| **5** | Formularz ofertowy (załącznik nr 3 do Ogłoszenia) |  |  |
| **6** | Formularz cenowy (załącznik nr 4 do Ogłoszenia) |  |  |
| **7** | Wykaz personelu (załącznik nr 4.1. do Ogłoszenia) - dotyczy grupowych praktyk lekarskich oraz podmiotów leczniczych |  |  |
| **8** | 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 |  |  |
| **9** | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5b do Ogłoszenia)- dotyczy wyłącznie podmiotów leczniczych |  |  |
| **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:**

…………………………………… zł brutto za opis i interpretację 1 badania polisomnograficznego

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

**KRYTERIUM b): Jakość ¹ ² ³*(****należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X****):***

Oświadczam, że posiadam /że osoba wyznaczona przez Oferenta do udzielania świadczeń objętych zamówieniem posiada i przedstawiam udokumentowane dodatkowe kwalifikacje zawodowe, takie jak: Akredytacja (Certyfikat) Polskiego Towarzystwa Badań nad Snem (PTBS) w zakresie Medycyny Snu i/lub Kurs Terapia poznawczo-behawioralna bezsenności

* Brak dodatkowych dokumentów potwierdzających posiadanie dodatkowych kwalifikacji
* Posiadam dodatkowe udokumentowane kwalifikacje zawodowe, takie jak: Akredytacja (Certyfikat) Polskiego Towarzystwa Badań nad Snem (PTBS) w zakresie Medycyny Snu i/lub Kurs Terapia poznawczo-behawioralna bezsenności

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 minimum jeden z wymienionych dokumentów, otrzyma maksymalną liczbę punktów w kryterium Jakość.*

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

 …………………………………………………………

 (data i podpis Oferenta )

**KRYTERIUM c): Kompleksowość ⁴ *(****należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X****):***

Oświadczam, że posiadam/nie posiadam/że osoba wyznaczona przez Oferenta do udzielania świadczeń objętych zamówieniem posiada/nie posiada doświadczenie w opisywaniu i interpretacji badań polisomnograficznych u pacjentów pediatrycznych

 Nie posiadam doświadczenia w opisywaniu i interpretacji badań polisomnograficznych u pacjentów pediatrycznych

 Oświadczam, że wykonałem/am od 60 do 100 opisów badań

 Oświadczam, że wykonałem/am 101 lub więcej opisów badań

*⁴ Udzielający zamówienia ma prawo zweryfikować przekazaną informację i zwrócić się do Oferenta o przedstawienie dokumentów potwierdzających posiadane doświadczenie w opisywaniu i interpretacji badań polisomnograficznych u pacjentów pediatrycznych. W przypadku braku złożonego oświadczenia o posiadanym doświadczeniu w opisywaniu i interpretacji badań polisomnograficznych u pacjentów pediatrycznych, Udzielający zamówienia uzna, że Oferent nie posiada doświadczenia i nie przyzna punktów w kryterium Kompleksowość.*

 …………………………………………………………

 (data i podpis Oferenta )

**Załącznik nr 4.1. do Ogłoszenia**

**Wykaz personelu ⁵- dotyczy podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi (grupowych praktyk lekarskich) i podmiotów leczniczych** (*należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X).*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Osoba wyznaczona do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia** | **Kompleksowość ⁴ - doświadczenie w opisywaniu i interpretacji badań polisomnograficznych u pacjentów pediatrycznych** | **Jakość - udokumentowane dodatkowe kwalifikacje zawodowe, takie jak: Akredytacja (Certyfikat) Polskiego Towarzystwa Badań nad Snem (PTBS) w zakresie Medycyny Snu i/lub Kurs Terapia poznawczo-behawioralna bezsenności ¹ ² ³** |
|  | **Imię i nazwisko** | Nie posiada doświadczenia w opisywaniu i interpretacji badań polisomnograficznych u pacjentów pediatrycznych | wykonał/a od 60 do 100 opisów badań | wykonał/a 101 lub więcej opisów badań | Brak dodatkowych dokumentów potwierdzających posiadanie dodatkowych kwalifikacji | Posiada dodatkowe udokumentowane kwalifikacje zawodowe, takie jak: Akredytacja (Certyfikat) Polskiego Towarzystwa Badań nad Snem (PTBS) w zakresie Medycyny Snu i/lub Kurs Terapia poznawczo-behawioralna bezsenności |
| ***należy******wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X*** | ***należy******wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X*** |
| 1. |   |    |    |   |  |   |
| 2. |  |  |  |  |  |  |

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 minimum jeden z wymienionych dokumentów, otrzyma 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 opisywaniu i interpretacji badań polisomnograficznych u pacjentów pediatrycznych. W przypadku braku złożonego oświadczenia o posiadanym doświadczeniu w opisywaniu i interpretacji badań polisomnograficznych u pacjentów pediatrycznych, Udzielający zamówienia uzna, że Oferent nie posiada doświadczenia i nie przyzna punktów w kryterium Kompleksowość.*

*⁵W przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi (grupowa praktyka lekarska), punkty w Kryterium 4b) Jakość 4c) Kompleksowość oraz będą przyznane proporcjonalnie do liczby osób, wyznaczonych przez Oferenta do realizacji przedmiotu zamówienia.*

*W przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi (grupowa praktyka lekarska), należy wybrać jedną odpowiedź osobno dla każdej z osób wyznaczonych przez Oferenta do realizacji przedmiotu zamówienia dla Kryterium 4b) Jakość oraz 4c) Kompleksowość.*

***(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)