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 DLA ZADANIA NR 1 I DLA ZADANIA NR 2**

**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 o konkursie ofert pn. Udzielanie świadczeń zdrowotnych – usługi farmaceutyczne, przez farmaceutów w Aptece Szpitalnej na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka" – 2 Zadania (2 osoby).

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 podczas obowiązywania niniejszej umowy nie będę pozostawał w stosunku pracy z Udzielającym Zamówienia w zakresie pokrywającym się z przedmiotem niniejszego konkursu.
5. Oświadczam, że posiadam **wykształcenie wyższe.**
6. Oświadczam, że posiadam **aktualne badania lekarskie** niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych – potwierdzające spełnienie warunku, o którym mowa w pkt. 5.3. Ogłoszenia.
7. Oświadczam, że posiadam wpis do centralnego rejestru farmaceutów zarejestrowanych na terenie RP – potwierdzające spełnienie warunku, o którym mowa w pkt. 5.4. 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)*

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

**Załącznik nr 3 do Ogłoszenia**

Spis załączników:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj dokumentu** | **Dołączono do oferty (zaznaczyć „x”)** | |
| **TAK** | **NIE** |
| **1** | Prawo wykonywania zawodu farmaceuty |  |  |
| **2** | Dyplom ukończenia studiów |  |  |
| **3** | Dokument fakultatywny (nieobowiązkowy) dla zadania nr 1 : kursy z zakresu wykonywania leków recepturowych |  |  |
| **4** | Dokument fakultatywny (nieobowiązkowy) dla zadania nr 2 : kursy z zakresu wykonywania leków jałowych |  |  |
| **5** | Formularz ofertowy dla Zadania nr 1 i dla Zadania nr2 (załącznik nr 3 do Ogłoszenia) |  |  |
| **6** | Formularz cenowy dla Zadania nr 1 (załącznik nr 4a do Ogłoszenia) |  |  |
| **7** | Formularz cenowy dla Zadania nr 2 (załącznik nr 4b do Ogłoszenia) |  |  |
| **8** | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5 do Ogłoszenia)- dotyczy osób fizycznych oraz osób fizycznych prowadzących indywidualną działalność gospodarczą |  |  |
| **9** | Dokument uprawniający do wykonywania legalnej pracy na terenie RP – dotyczy cudzoziemców |  |  |
| **10** | Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) |  |  |
| **11** | Aktualna polisa OC |  |  |

................................................. Podpis Oferenta

**Załącznik nr 4a 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 – usługi farmaceutyczne, przez farmaceutów w Aptece Szpitalnej na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka"**

**Formularz cenowy dla Zadania nr 1**

**Kryterium a) Cena – dotyczy wszystkich Oferentów (należy uzupełnić):**

…………………………. zł brutto za godzinę udzielania świadczeń w zakresie usług farmaceutycznych

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

**Kryterium b) jakość** ¹ – **dotyczy wszystkich oferentów**- Oświadczenie, o posiadaniu doświadczenia zawodowego w wykonywaniu leków recepturowych: ***(należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku x):***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A. | Oświadczam, że nie posiadam doświadczenia w wykonywaniu leków recepturowych |  |
| B. | Oświadczam, że posiadam od 1 do 3 lat doświadczenia w wykonywaniu leków recepturowych | 🗌 |
| C. | Oświadczam, że posiadam więcej niż 3 lata doświadczenia w wykonywaniu leków recepturowych | 🗌 |

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

**Udzielający Zamówienie informuje, że każda zmiana w Formularzu cenowym, w zakresie kryterium a) Cena, będzie skutkowała odrzuceniem Oferty.**

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

**Załącznik nr 4a do Ogłoszenia**

**Kryterium c) Kompleksowość ² ³ – dotyczy wszystkich Oferentów- Oświadczam, że posiadam i załączam dokument potwierdzający ukończenie kursu z zakresu wykonywania leków recepturowych** *(należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A. | Brak dodatkowych udokumentowanych kwalifikacji zawodowych |  |
| B. | Przedstawiam dokument potwierdzający posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych | 🗌 |

² *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.*

*³ 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.*

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

**Załącznik nr 4b 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 – usługi farmaceutyczne, przez farmaceutów w Aptece Szpitalnej na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka"**

**Formularz cenowy dla Zadania nr 2**

**Kryterium a) Cena – dotyczy wszystkich Oferentów (należy uzupełnić):**

A. …………………………. zł brutto za godzinę udzielania świadczeń w zakresie usług farmaceutycznych

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

B. …………………………. zł brutto za godzinę dyżuru w Aptece Szpitalnej

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

**Kryterium b) jakość** ¹ – **dotyczy wszystkich oferentów**- Oświadczenie, o posiadaniu doświadczenie zawodowe w wykonywaniu leków cytotoksycznych: ***(należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku x):***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A. | Oświadczam, że nie posiadam doświadczenia w wykonywaniu leków cytotoksycznych |  |
| B. | Oświadczam, że posiadam od 1 do 3 lat doświadczenia w wykonywaniu leków cytotoksycznych | 🗌 |
| C. | Oświadczam, że posiadam więcej niż 3 lata doświadczenia w wykonywaniu leków cytotoksycznych | 🗌 |

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

**Udzielający Zamówienie informuje, że każda zmiana w Formularzu cenowym, w zakresie kryterium a) Cena, będzie skutkowała odrzuceniem Oferty.**

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

**Załącznik nr 4b do Ogłoszenia**

**Kryterium c) Kompleksowość ² ³ – dotyczy wszystkich Oferentów- Oświadczam, że posiadam i załączam dokument potwierdzający ukończenie kursu z zakresu wykonywania leków jałowych** *(należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A. | Brak dodatkowych udokumentowanych kwalifikacji zawodowych |  |
| B. | Przedstawiam dokument potwierdzający posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych | 🗌 |

² *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.*

*³ 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.*

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

**Załącznik nr 5 do Ogłoszenia**

**5a**

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych -** dotyczy osób fizycznych oraz jednoosobowych działalności gospodarczych

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 ………………………………..

**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)