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** |  |

**Zobowiązania Przyjmującego Zamówienie:**

Nawiązując do Ogłoszenia o konkursie ofert pn. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w dziedzinie neurochirurgii na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka" – 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. Posiadam/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. 5.6. Ogłoszenia.
7. 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.

……................., 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 lekarza |  |  |
| **2** | Dokument potwierdzający posiadanie specjalizacji w dziedzinie neurochirurgii |  |  |
| **3** | Formularz ofertowy (załącznik nr 3 do Ogłoszenia) |  |  |
| **4** | Formularz cenowy (załącznik nr 4 do Ogłoszenia) |  |  |
| **5** | Certyfikat w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta |  |  |
| **5** | Wykaz personelu, który będzie udzielać świadczeń będących przedmiotem umowy (załącznik nr 4.1. do Ogłoszenia) - dotyczy grupowych praktyk lekarskich i podmiotów leczniczych |  |  |
| **6** | 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 |  |  |
| **7** | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5b do Ogłoszenia) - dotyczy wyłącznie podmiotów leczniczych |  |  |
| **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 osoby wyznaczonej przez oferenta do udzielania świadczeń objętych zamówieniem – dotyczy cudzoziemców. |  |  |
| **12** | Informacja z Krajowego Rejestru Karnego |  |  |
| **13** | Oświadczenie o spełnieniu warunku postawionego w punkcie 5.4. Ogłoszenia ( zał. nr 8 do Ogłoszenia ) |  |  |
| **14** | Oświadczenie o spełnieniu warunku postawionego w punkcie 5.5. Ogłoszenia (załącznik nr 9 do Ogłoszenia) |  |  |
| **15** | 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 neurochirurgii na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka" – 2 osoby**

**Formularz cenowy**

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

**A: ………..………………… zł brutto za godzinę udzielania świadczeń**

**Słownie ……………….……………………………………………………………………… zł brutto**

**B: ………..………………… zł brutto za godzinę gotowości do udzielania świadczeń w wyznaczone dni tygodnia**

**Słownie ……………….……………………………………………………………………… zł brutto**

**KRYTERIUM b) Jakość 1,2** – **dotyczy osób fizycznych oraz osób fizycznych będących podmiotami wykonującymi działalność leczniczą (jednoosobowe praktyki lekarskie):**

Oświadczenie Oferenta, że posiada publikacje w czasopismach punktowanych przez MNiSW w zakresie neurochirurgii jako autor lub współautor - spełnienie warunku o którym mowa w pkt. 5.7. Ogłoszenia: *(należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):*

 Brak publikacji

 1-4 publikacje

 5 i więcej publikacji

*1. Udzielający zamówienia ma prawo zweryfikować przekazaną informację i zwrócić się do Oferenta o przedstawienie dokumentów potwierdzających posiadanie publikacji w czasopismach punktowanych przez MNiSW w dziedzinie neurochirirgii.*

*2.* *W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w formularzu cenowym informacji, że jest autorem/współautorem, publikacji w czasopismach punktowanych przez MNiSW w dziedzinie neurochirurgii, Udzielający Zamówienia nie przyzna punktów w kryterium jakość.*

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

……................., 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.** | **Imię i nazwisko osoby wskazanej przez Oferenta do realizacji świadczeń objętych zamówieniem** | **Kryterium b) jakość** – Osoba wyznaczona do udzielania świadczeń będących przedmiotem Umowy posiada/nie posiada publikacje w czasopismach punktowanych przez MNiSW w zakresie neurochirurgii jako autor lub współautor |
| ***należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X*** |
| *TAK* | *NIE* |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |

 …………………………… *(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 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)

**Załącznik nr 8 do Ogłoszenia**

**Oświadczenie Oferenta o spełnieniu wymogu postawionego w punkcie 5.5. Ogłoszenia**:

Dotyczy osób fizycznych oraz osób fizycznych będących podmiotami wykonującymi działalność leczniczą (jednoosobowe praktyki lekarskie)*, (należy zaznaczyć, poprzez postawienie znaku X):*

Oświadczam, że posiadam:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa wymagania: | TAK | NIE |
| 1 | min. 6 lat doświadczenia w pracy w oddziale neurochirurgii i co najmniej 2 lata doświadczenia w pracy w oddziale neurochirurgii dla dzieci |   |   |
| 2 | umiejętność pracy z systemami komputerowymi firmy Medtronic, w tym procedur laserowej termo ablacji oraz implantacji elektrod w leczeniu padaczki |   |   |
| 3 | znajomość i umiejętność obsługi systemów zastawkowych firmy Esculap |   |   |
| 4 | umiejętność obsługi i programowania stymulatorów w leczeniu padaczki oraz pomp baklofenowych |   |   |
| 5 | umiejętność leczenia chirurgicznego wrodzonych zniekształceń czaszki- co najmniej 100 wykonanych operacji |   |   |
| 6 | umiejętność zaopatrywania malformacji naczyniowych wieku dziecięcego – malformacji tętniczo-żylnych, tętniaków żyły Galena techniką wewnątrznaczyniową – co najmniej 30 zabiegów |   |   |
| 7 | doświadczenie w operacjach resekcji w padaczce lekoopornej, w tym kortykografii u dzieci |   |   |

Dotyczy podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi (grupowe praktyki lekarskie) oraz podmiotów leczniczych*,**(należy zaznaczyć, poprzez postawienie znaku X):*

Oświadczam, że Osoba/Osoby wyznaczona/wyznaczone do realizacji przedmiotu zamówienia posiada/posiadają:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | Osoba nr 1 | Osoba nr 2 | Nazwa wymagania: |
| 1 |   |   | min. 6 lat doświadczenia w pracy w oddziale neurochirurgii i co najmniej 2 lata doświadczenia w pracy w oddziale neurochirurgii dla dzieci |
| 2 |   |   | umiejętność pracy z systemami komputerowymi firmy Medtronic, w tym procedur laserowej termo ablacji oraz implantacji elektrod w leczeniu padaczki |
| 3 |   |   | znajomość i umiejętność obsługi systemów zastawkowych firmy Esculap |
| 4 |   |   | umiejętność obsługi i programowania stymulatorów w leczeniu padaczki oraz pomp baklofenowych |
| 5 |   |   | umiejętność leczenia chirurgicznego wrodzonych zniekształceń czaszki- co najmniej 100 wykonanych operacji |
| 6 |   |   | umiejętność zaopatrywania malformacji naczyniowych wieku dziecięcego – malformacji tętniczo-żylnych, tętniaków żyły Galena techniką wewnątrznaczyniową – co najmniej 30 zabiegów |
| 7 |   |   | doświadczenie w operacjach resekcji w padaczce lekoopornej, w tym kortykografii u dzieci |

………………………..………… *(podpis Oferenta)*

***Udzielający zamówienia informuje, że potwierdzeniem spełnienia wymogu postawionego w pkt. 5.5. Ogłoszenia jest posiadanie co najmniej 3 z 7 ww. wymagań każdej z osób wyznaczonych do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia.***

**Załącznik nr 9 do Ogłoszenia**

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

Oświadczam, że zobowiązuję się do ukończenia szkolenia w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta w okresie 3 miesięcy od daty podpisania Umowy zawartej w wyniku konkursu ofert nr KO/CZD/42/24.

 …………………………………………………………

 (data i podpis Oferenta )

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)