**Formularz ofertowy Załącznik nr 3 do Ogłoszenia**

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pedagoga specjalnego w zakresie terapii pedagogicznej i edukacji specjalnej na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka”.**

**Dane oferenta**

Imię i Nazwisko/Nazwa Firmy ………………………………….…………………………………………..................................................

Obywatelstwo ……………………………………………………………………………

Nazwisko rodowe …………………………………………………..…………………

Imiona rodziców ………………………………………………………………………………………………………………........……

Numer PESEL ……………………………………………………………

Seria i numer dowodu osobistego ………………………………wydany przez …………………………………….........……..…….

Adres: ……………………………………………………………………………………………………………………………...…………..…………………

Telefon: …………………………………………

E-mail: …………………………………………………………………………………………….. NIP\*:…………………………………………………

REGON\*: ………………………………………………………………………………

Nawiązując do Ogłoszenia o konkursie ofert pn. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pedagoga specjalnego w zakresie terapii pedagogicznej i edukacji specjalnej na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka”:

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 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 zgłaszam do nich żadnych uwag.
3. Oświadczam, że dane zawarte w złożonych dokumentach 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 **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. 1.3. 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.
8. Oferent 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 ukończenie studiów wyższych w zakresie pedagogiki specjalnej i uzyskanie tytułu licencjata lub magistra |  |  | |
| **2** | Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy | |  | |  |
| **3** | Kopia aktualnej polisy od odpowiedzialności cywilnej | |  | |  |
| **4** | Formularz ofertowy (załącznik nr 3 do Ogłoszenia) | |  | |  |
| **5** | Formularz cenowy (załącznik nr 4 do Ogłoszenia) | |  | |  |
| **6** | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5 do Ogłoszenia) - dotyczy osób fizycznych i osób prowadzących działalność gospodarczą | |  | |  |
| **7** | Informacja z Krajowego Rejestru Karnego | |  | |  |
| **8** | Inne- wymienić jakie  ............................................................................................ | |  | |  |

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

Podpis Oferenta

**Załącznik nr 4 do Ogłoszenia**

**Formularz cenowy**

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

**Oferowane wynagrodzenie za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych:**

……………………………………………….……. zł brutto

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

**KRYTERIUM b): Jakość ¹ - dotyczy osób fizycznych i osób prowadzących działalność gospodarczą *(****należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X****):***

Oświadczam, że posiadam udokumentowane doświadczenie w pracy z pacjentem pediatrycznym w zakresie terapii psychomotorycznej:

* brak doświadczenia
* 1 – 5 lat doświadczenia w pracy z pacjentem pediatrycznym w zakresie terapii psychomotorycznej
* 5 lub więcej lat doświadczenia w pracy z pacjentem pediatrycznym w zakresie terapii psychomotorycznej

*¹ Udzielający zamówienia ma prawo zweryfikować przekazaną informację i zwrócić się do Oferenta o przedstawienie dokumentów potwierdzających posiadane doświadczenie w pracy z pacjentem pediatrycznym w zakresie terapii psychomotorycznej. W przypadku braku złożonego oświadczenia o posiadanym doświadczeniu w pracy z pacjentem pediatrycznym w zakresie terapii psychomotorycznej, Udzielający zamówienia uzna, że Oferent nie posiada doświadczenia i nie przyzna punktów w kryterium Jakość*

**KRYTERIUM c): Kompleksowość ² ³ - dotyczy osób fizycznych i osób prowadzących działalność gospodarczą *(****należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X****):***

Oświadczam, że posiadam dodatkowe udokumentowane kwalifikacje zawodowe takie jak: Dokument potwierdzający ukończenie kursu/szkolenia: w zakresie pracy terapeutycznej z dziećmi z MPD w systemie nauczania kierowanego i/lub w zakresie terapii zaburzeń komunikacji pozawerbalnej i/lub w obszarze terapii NDT-Bobath:

* Brak dokumentów potwierdzających posiadanie dodatkowych kwalifikacji
* Przedstawiam dokumenty potwierdzające posiadanie dodatkowych kwalifikacji

*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 kompleksowość.*

*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 kompleksowość.*

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

…………………………………………………………

(data i podpis Oferenta )

**Załącznik nr 5 do Ogłoszenia**

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych -** dotyczy osób fizycznych oraz osób prowadzących działalność gospodarczą

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 i osób prowadzących działalność gospodarczą [↑](#footnote-ref-1)
2. dotyczy osób fizycznych i osób prowadzących działalność gospodarczą [↑](#footnote-ref-2)