



dr n. med. Zbigniew Kułaga
Zastępca Dyrektora ds. Klinicznych
Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”
Al. Dzieci Polskich 20,
04-730 Warszawa
www.czd.pl

tel. +48 22 815 16 02
e-mail: dyr.kliniczny@ipczd.pl

D/DKR/KSZ/PK/366/2026

Warszawa, 14.04.2026r.

Do wszystkich uczestników postępowania konkursowego

Dotyczy: postępowania w trybie konkursu ofert, **KO/CZD/29/26** pn. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w dziedzinie genetyki klinicznej na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka" – 4 osoby.

Udzielający Zamówienia Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” informuje, że zmienia treść Ogłoszenia w następujący sposób:

9. Miejsce i termin składania ofert

1. Oferty należy składać w nieprzejrystym, zamkniętym opakowaniu do dnia **22.04.2026r. do godz. 11:00** w siedzibie Udzielającego Zamówienie, budynek G, pok. 123 – Dział Kontraktowania i Rozliczania Świadczeń.
5. Otwarcie ofert (niejawne) nastąpi **22.04.2026r. o godz. 11:30** w siedzibie Udzielającego Zamówienie.
6. Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi do dnia **29.04.2026r.** Z zastrzeżeniem możliwości przedłużenia terminu przez Udzielającego Zamówienie z powodów proceduralnych.

Załącznik nr 4 do Ogłoszenia - formularz cenowy otrzymuje następujące brzmienie:

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 w dziedzinie genetyki klinicznej na rzecz pacjentów
Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka" – 4 osoby**

Formularz cenowy

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

Oferowane wynagrodzenie za świadczenie, z uwzględnieniem obowiązkowych składek leżących po stronie Udzielającego Zamówienie (jeśli są wymagane), tj.:

- a) Składki emerytalnej
- b) Składki rentowej
- c) Składki wypadkowej
- d) Składki na Fundusz Pracy
- e) Składki na Fundusz Solidarnościowy
- f) Składki na Pracownicze Plany Kapitałowe

a)zł (słownie:) za konsultację w zakresie genetyki klinicznej – świadczenie pierwszorazowe (W40)

b)zł (słownie:) za konsultację w zakresie genetyki klinicznej - świadczenie specjalistyczne (wizyta kontrolna) (W11)

c)zł (słownie:) za kompleksową ocenę genetyczną w przypadku występowania/podejrzenia rzadkiej choroby genetycznej (110)

d)zł (słownie:) za 1-godzinną konsultację genetyczną wewnątrzszpitalną

e)zł (słownie:) za wizytę końcową pacjenta z rzadką chorobą genetyczną, z nadaniem kodu ORPHA i wystawieniem karty informacji genetycznej (111)

....., dnia

..... (podpis Oferenta)

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

.....
podpis Udzielającego Zamówienie lub osoby upoważnionej