**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** | |  |
| **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 na Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie anestezjologi i intensywnej terapii 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 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 Konkursy ofert - ust.   
   o działalności leczniczej 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.d). Ogłoszenia.

……................., dnia ……………….. ……………………………………..

*(podpis Przyjmującego Zamówienie)*

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

**Załącznik nr 4 do Ogłoszenia**

**Udzielający ZamówieniE:**

Instytut "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka", 04-730 Warszawa, Al. Dzieci Polskich 20

**PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE:**

Nazwa/Imię i nazwisko Przyjmującego Zamówienie: ………………………….....………………………………

Adres Przyjmującego Zamówienie: ……………………………………………………......……………………………..

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”**

**Formularz cenowy - Zadanie 1**

**Kryterium: cena (należy uzupełnić)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa świadczenia** |  | **Wynagrodzenie za godzinę udzielania świadczeń** | **Maksymalna miesięczna liczba godzin do przepracowania** | **Czas trwania umowy - w miesiącach** | **Łączna kwota świadczenia**  **w PLN brutto** |
|  | *1*  *(Wypełnia Oferent)* | *2* | *3* | *4=1x2x3*  *(Wypełnia Oferent)* |
| Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii | | ……......……….. PLN  …….....…..............……..  *(słownie)* | 75 | 4 | ........................  PLN |
| **WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA** |  | ..................................... PLN |

**Kryterium : Jakość**

Przedstawienie dodatkowych udokumentowanych kwalifikacji zawodowych potwierdzających uczestnictwo w konferencjach naukowych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii, innych niż niezbędne do przystąpienia do postępowania konkursowego opisanych szczegółowo w pkt. 5 d) Ogłoszenia **(należy** ***wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A. | Brak dodatkowych udokumentowanych kwalifikacji zawodowych potwierdzających uczestnictwo w konferencjach naukowych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii, innych niż niezbędne do przystąpienia do postępowania konkursowego opisanych szczegółowo w pkt. 5 e) Ogłoszenia |  |
| B. | Przedstawiam dodatkowych udokumentowanych kwalifikacji zawodowych potwierdzających uczestnictwo w konferencjach naukowych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii, innych niż niezbędne do przystąpienia do postępowania konkursowego opisanych szczegółowo w pkt. 5 e) Ogłoszenia | 🗌 |

Udzielający Zamówienie informuje,żekażda zmiana w Formularzu cenowym będzie skutkowała odrzuceniem oferty.

…………………., dnia ……………………… ……………………………...........………

*(podpis Przyjmującego Zamówienie)*

**Załącznik nr 4 do Ogłoszenia**

**Udzielający ZamówieniE:**

Instytut "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka", 04-730 Warszawa, Al. Dzieci Polskich 20

**PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE:**

Nazwa/Imię i nazwisko Przyjmującego Zamówienie: ………………………….....………………………………

Adres Przyjmującego Zamówienie: ……………………………………………………......……………………………..

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie anestezjologi i intensywnej terapii na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”**

**Formularz cenowy - Zadanie 2**

**Kryterium: cena (należy uzupełnić)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa świadczenia** |  | **Wynagrodzenie za godzinę udzielania świadczeń** | **Maksymalna miesięczna liczba godzin do przepracowania** | **Czas trwania umowy - w miesiącach** | **Łączna kwota świadczenia**  **w PLN brutto** |
|  | *1*  *(Wypełnia Oferent)* | *2* | *3* | *4=1x2x3*  *(Wypełnia Oferent)* |
| Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii | | ……......……….. PLN  …….....…..............……..  *(słownie)* | 125 | 3 | ........................  PLN |
| **WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA** |  | ..................................... PLN |

**Kryterium : Jakość**

Przedstawienie dodatkowych udokumentowanych kwalifikacji zawodowych potwierdzających uczestnictwo   
w konferencjach naukowych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii, innych niż niezbędne do przystąpienia do postępowania konkursowego opisanych szczegółowo w pkt. 5 d) Ogłoszenia **(należy** ***wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A. | Nie uczestniczyłam/em w konferencjach naukowych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii |  |
| B. | Uczestniczyłam/em w konferencjach naukowych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii | 🗌 |

Udzielający Zamówienie informuje,żekażda zmiana w Formularzu cenowym będzie skutkowała odrzuceniem oferty.

…………………., dnia ……………………… ……………………………...........………

*(podpis Przyjmującego Zamówienie)*

**Załącznik nr 4.1. do Ogłoszenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko osoby wyznaczonej przez Oferenta do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia** | Oświadczenie o dodatkowych udokumentowanych kwalifikacjach zawodowych potwierdzających uczestnictwo w konferencjach naukowych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii osoby wyznaczonej do udzielania świadczeń będących przedmiotem umowy**[[1]](#footnote-2)** | |
|  | | ***należy zaznaczyć odpowiedź poprzez postawienie znaku X*** | |
| **Imię i nazwisko** | | Nie uczestniczyła w konferencjach naukowych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii | Uczestniczyła w konferencjach naukowych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |

* 1. **Kryterium : jakość** - **Wykaz personelu, który będzie udzielać świadczeń będących przedmiotem umowy-** dotyczyosób wyznaczonych przez Oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem w przypadku grupowych praktyk lekarskich i podmiotów leczniczych:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

*W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu asortymentowo - cenowym informacji o tym, iż personel wyznaczony do udzielania świadczeń jest autorem lub współautorem publikacji w czasopismach punktowanych przez MNiSW, Udzielający Zamówienia nie przyzna punktów w kryterium jakość.*

.…………………., dnia ……………………… ……………………………………

*(podpis Przyjmującego Zamówienie)*

**Załącznik nr 5 do Ogłoszenia**

**5 A**

**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………………………………..

**5 B**

**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 ………………………………..

1. Udzielający Zamówienia przed podpisaniem umowy ma prawo zweryfikować informacje podane przez Oferenta. [↑](#footnote-ref-2)