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** |  |
|  |  |  |  |
| **REGON\*** |  | | | |
| **NIP\*** |  | | | |
| **nr dowodu osobistego** | **Seria …………numer…………………. wydany przez………………………………………** | | | |
| **PESEL** |  | | | |
| **Nazwisko rodowe** |  | | | |
| **Imiona rodziców** |  | | | |
| **adres email** |  | | | |
| **telefon** |  | | | |

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

## Zobowiązania Przyjmującego Zamówienie:

Nawiązując do Ogłoszenia o konkursie ofert na Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w zakresie anestezjologii i intensywnej terapiina 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 *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. 5.4. Ogłoszenia.
7. Oświadczam, iż w przeciągu ostatnich 3 lat nie została rozwiązana umowa ze mną/z Osobą wyznaczoną do realizacji przedmiotu zamówienia, w zakresie objętym przedmiotem zamówienia, z powodu nierzetelnego wykonywania świadczeń – potwierdzające spełnienie warunku, o którym mowa w pkt. 5.5. Ogłoszenia.
8. Oświadczam, że /osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia deklaruje możliwość udzielania świadczeń zdrowotnych poza Zespołem Leczenia Bólu[[1]](#footnote-1) (**należy zaznaczyć odpowiedź TAK lub NIE poprzez postawienie znaku x**):

* na Bloku Operacyjnym oraz w innych punktach znieczuleń TAK NIE

znajdujących się w lokalizacji IPCZD

* W Poradni Anestezjologicznej TAK NIE

*(data i podpis Oferenta)* ……………………………………..

**Załącznik nr 3 do Ogłoszenia**

Dane dotyczące Udzielającego Zamówienia:

Nazwa: **INSTYTUT „POMNIK-CENTRUM ZDROWIA DZIECKA”**

Siedziba: **04-730 Warszawa, al. DZIECI POLSKICH 20**

FORMULARZ OFERTOWY

Spis załączników:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj dokumentu** | **Dołączono do oferty (zaznaczyć „x”)** | |
| **TAK** | **NIE** |
| **1** | Dokument potwierdzający posiadanie prawa wykonywania zawodu lekarza |  |  |
| **2** | Dokument potwierdzający posiadanie specjalizacji z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii |  |  |
| **3** | Formularz ofertowy (załącznik nr 3 do Ogłoszenia) |  |  |
| **4** | Formularz cenowy (załącznik nr 4 do Ogłoszenia) |  |  |
| **5** | Wykaz personelu (załącznik nr 4.1. do Ogłoszenia)- dotyczy grupowych praktyk lekarskich oraz 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) |  |  |
| **9** | Wydruk z RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) |  |  |
| **10** | Aktualna polisa OC |  |  |
| **11** | Inne- wymienić jakie  ................................................................................................ |  |  |

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

**Udzielający ZamówieniA: Załącznik nr 4 do Ogłoszenia**

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 zakresie anestezjologii i intensywnej terapii na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka"**

## FORMULARZ CENOWY

**Kryterium: cena (należy uzupełnić) - dotyczy wszystkich oferentów**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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)* | 120 | 24 | ........................  PLN |
|  | | | **WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA** |  | ..................................... PLN |

**Kryterium : jakość** - **dotyczy osób fizycznych oraz jednoosobowych praktyk lekarskich**

Oświadczam, iż jestem /osoba wyznaczona do realizacji zamówienia jest autorem/współautorem publikacji w czasopismach punktowanych przez MNiSW w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii [[2]](#footnote-2)\*:

**(należy** ***wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A. | Brak publikacji |  |
| B. | 1-4 publikacje w czasopismach |  |
| C. | Więcej niż 5 publikacji w czasopismach |  |

*\*W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu asortymentowo - cenowym informacji o tym, iż jest/osoba wyznaczona do realizacji zamówienia jest autorem lub współautorem publikacji w czasopismach punktowanych przez MNiSW, Udzielający Zamówienia nie przyzna punktów w kryterium jakość.*

Udzielający Zamówienie informuje,żekażda zmiana w Formularzu cenowym 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 podmioty lecznicze**.

**Kryterium b) : jakość[[3]](#footnote-3)**

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Oferent | Jakość\* | | |
| Imię i nazwisko | Brak publikacji | 1-4 publikacje w czasopismach | Więcej niż 5 publikacji w czasopismach |
| należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X | | |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |

*\*W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu asortymentowo - cenowym informacji o tym, iż jest/osoba wyznaczona do realizacji zamówienia jest autorem lub współautorem publikacji w czasopismach punktowanych przez MNiSW, 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, 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 ………………………………..

**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 ………………………………..

1. Deklaracja, niezbędna jest celem wskazania ostatecznego zakresu Szczegółowego Przedmiotu Zamówienia. Należy wybrać jedną, dwie lub żadną z wymienionych lokalizacjipoprzez postawienie znaku x przy odpowiedzi TAK lub NIE. Brak deklaracji o możliwości udzielania świadczeń poza Zespołem Leczenia Bólu nie będzie skutkować odrzuceniem oferty. [↑](#footnote-ref-1)
2. Udzielający Zamówienia przed podpisaniem umowy ma prawo zweryfikować informacje podane przez Oferenta. [↑](#footnote-ref-2)
3. Udzielający Zamówienia przed podpisaniem umowy ma prawo zweryfikować informacje podane przez Oferenta. [↑](#footnote-ref-3)