**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**

**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 Udzielenie świadczeń zdrowotnych z zakresu pielęgniarstwa na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik –Centrum Zdrowia Dziecka”**.**

1. Zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia o konkursie zawierającym w szczególności przedmiot konkursu, kryteria oceny ofert oraz warunki stawiane oferentom.
2. Zapoznałam/em 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 zgłasza 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. Oświadczam, że posiadam/Osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia posiada **roczne doświadczenie w pracy w zawodzie** – potwierdzające spełnienie warunku, o którym mowa w pkt. 5.3. Ogłoszenia.
6. Oświadczam, że posiadam/Osoba/y 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.

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

*(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 posiadanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarza |  |  |
| **2** | Formularz ofertowy (załącznik nr 3 do Ogłoszenia) |  |  |
| **3** | Formularz cenowy (załącznik nr 4 do Ogłoszenia) |  |  |
| **4** | Wykaz personelu (załącznik nr 4.1. do Ogłoszenia) |  |  |
| **5** | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5 do Ogłoszenia)  - dotyczy osób fizycznych, podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz każdego wspólnika spółki lub członka praktyki grupowej biorących udział w postępowaniu |  |  |
| **6** | DOKUMENT NIEOBOWIĄZKOWY (FAKULTATYWNY) -  Dokument potwierdzający posiadanie szkolenia z zakresu zasad krwiodawstwa i krwiolecznictwa w zakresie podstawowym i/lub Kursu specjalistycznego z zakresu resuscytacji krążeniowo- oddechowej i/lub Kursu specjalistycznego z zakresu szczepień ochronnych |  |  |
| **7** | Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy |  |  |
| **8** | Wydruk z RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą)  nie starszy niż 3 miesiące |  |  |
| **9** | Aktualna polisa OC |  |  |
| **10** | Inne- wymienić jakie  ................................................................................................ |  |  |

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

Miejscowość i data Podpis Oferenta

**Załącznik nr 4 do Ogłoszenia**

**UdzielaNIE Świadczeń zdrowotnych W ZAKRESIE pielęgnIArstwa na rzecz pacjentów INSTYTUTU "POMNIK- CENTRUM ZDROWIA DZIECKA"**

**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: …………………………………………………………………....................……….................………..

## Formularz cenowy

## 

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

**Wynagrodzenie za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A. …………………………. zł brutto/godz.  (do uzupełniania przez Oferenta) | B. 10,00 zł brutto/godz.[[1]](#footnote-1) | C=A+B …………………. zł brutto/godz. (do uzupełniania przez Oferenta) |

Słownie: (**dotyczy punktu A**): ………………………………………..........……… zł brutto /godz.

**UWAGA: W przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi (grupowa praktyka pielęgniarek), należy wypełnić Załącznik do formularza cenowego - nr 4.1.**

**KRYTERIUM b): Jakość - dotyczy osób fizycznych oraz jednoosobowych praktyk pielęgniarek *(należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A. | Nie przedstawiam udokumentowanych dodatkowych kwalifikacji zawodowych  wymienionych w pkt. 5.5 Ogłoszenia |  |
| B. | Przedstawiam udokumentowane dodatkowe kwalifikacje zawodowe  wymienione w punkcie 5.5 Ogłoszenia |  |

*W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o dokumentach potwierdzających posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych* wymienionych w punkcie 5.5 Ogłoszenia*, ale go przedstawi Udzielający Zamówienia uzna, że Oferent posiada wymieniony dokument.*

*W przypadku, gdy Oferent wskaże w Formularzu cenowym, że posiada dokument potwierdzający posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych* wymienionych w punkcie 5.5 Ogłoszenia*, ale go nie przedstawi, Udzielający Zamówienia wezwie Oferenta do uzupełnienia oferty.*

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

…………………., dnia ……………………… (podpis) ……………………………………

**Załącznik nr 4.1. do Ogłoszenia**

**Wykaz personelu- dotyczy podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi (grupowa praktyka pielęgniarek)** (*należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | |  |  | | |
|  |  |  |  | |  |  | | |  |
| **L.p.** | **Oferent** | **Jakość** | | | | |
|  | **Imię i nazwisko** | Przedstawiam  udokumentowane dodatkowe kwalifikacje zawodowe  wymienione w punkcie  5.5 Ogłoszenia | | Nie przedstawiam udokumentowanych dodatkowych kwalifikacji zawodowych  wymienionych w pkt. 5.5 Ogłoszenia | | |
| ***należy******wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X*** | | | | |
| 1. |  |  | |  | | | |
|  |  | | | | | |

*W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o dokumentach potwierdzających posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych* wymienionych w punkcie 5.5 Ogłoszenia*, ale go przedstawi Udzielający Zamówienia uzna, że Oferent posiada wymieniony dokument.*

*W przypadku, gdy Oferent wskaże w Formularzu cenowym, że posiada dokument potwierdzający posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych* wymienionych w punkcie 5.5 Ogłoszenia*, ale go nie przedstawi, Udzielający Zamówienia wezwie Oferenta do uzupełnienia oferty.*

…………………., dnia ……………………… (podpis) ……………………………………

**Załącznik nr 5 do Ogłoszenia**

**Zgoda na przetwarzania danych osobowych -** dotyczy osób fizycznych, podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz każdego wspólnika spółki lub członka praktyki grupowej biorących udział w postępowaniu

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, dalej zwane „RODO”) 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 ………………………………..

1. **Kwota 10,00 zł brutto za godzinę udzielania świadczeń stanowi część wynagrodzenia należną w oparciu o przepisy gwarantujące wzrost wynagrodzeń personelu pielęgniarskiego – podstawa prawna - Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 roku, poz. 1628, w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z późniejszymi zmianami.** [↑](#footnote-ref-1)