**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 świadczeń zdrowotnych lekarskich na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka" przewlekle wentylowanych mechanicznie w miejscu ich zamieszkania

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. Posiada/ Osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia posiada **wykształcenie wyższe medyczne.**
6. Posiada / Osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia posiada **5-letnie doświadczenie w pracy   
   po uzyskaniu specjalizacji** – potwierdzające spełnienie warunku, o którym mowa w pkt. 5.4. Ogłoszenia.
7. Posiada/ 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. 5.5. Ogłoszenia.

……................., dnia ……………….. ……………………………………..  *(podpis Oferenta)*

**\*** informacje wymagane dla osób nieprowadzących działalności gospodarczej,

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

**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 lekarskich na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka" przewlekle wentylowanych mechanicznie w miejscu ich zamieszkania**

## Formularz cenowy

## 

**Kryterium A): Cena (należy uzupełnić)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Nazwa świadczenia** | **Liczba miesięcy w czasie trwania umowy** | **Cena świadczenia brutto (PLN)** | **Wartość zamówienia brutto (PLN)** |
| *1* | *2 (Wypełnia oferent)* | *3=1x2 (Wypełnia oferent)* |
|  |
| 1. | Miesięczna stawka wynagrodzenia za udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarskich na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” przewlekle wentylowanych mechanicznie w miejscu ich zamieszkania | 9 |  | A. …………………. PLN |
| 2\*. | Wyjazd i konsultacja pacjenta do 49 km | 9 |  | B. …………………. PLN |
| 3\*. | Wyjazd i konsultacja pacjenta  od 50 km do 150 km | 9 |  | C. …………………. PLN |
| 4\*. | Wyjazd i konsultacja pacjenta  od 150 km do 250 km | 9 |  | D. …………………. PLN |
| 5\*. | Wyjazd i konsultacja pacjenta  od 250 km do 350 km | 9 |  | E. …………………. PLN |
| 6\*. | Wyjazd i konsultacja pacjenta  powyżej 350 km | 9 |  | F. …………………. PLN |
|  |  |  | **WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA**  **(A+B+C+D+E+F)** | ……………………. PLN |
|  |  |  |  |  |

**\***  Wynagrodzenie będzie przyznane Oferentowi w przypadku konieczności skorzystania z prywatnego środka transportu.

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

Oświadczam, iż jestem autorem/współautorem publikacji w czasopismach punktowanych przez MNiSW   
w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii[[1]](#footnote-2):

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

*W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o tym, iż 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 Przyjmującego Zamówienie)*

**Załącznik nr 4.1. do Ogłoszenia**

* 1. **Kryterium : jakość - 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:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko osoby wyznaczonej przez Oferenta do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia** | **Oświadczam, iż personel wyznaczony do udzielania świadczeń jest autorem/współautorem publikacji w czasopismach punktowanych przez MNiSW w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii[[2]](#footnote-3)** | | |
|  | | ***należy zaznaczyć odpowiedź poprzez postawienie znaku X*** | | |
| **IMIĘ I NAZWISKO** | | **Brak publikacji** | **1-4 publikacje w czasopismach** | **Więcej niż 5 publikacji w czasopismach** |
| **1.** |  |  |  |  |

*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 Oferenta)*

**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)
2. Udzielający Zamówienia przed podpisaniem umowy ma prawo zweryfikować informacje podane przez Oferenta. [↑](#footnote-ref-3)