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**

**udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę z zakresu anestezjologii i intensywnej**

**terapii na rzecz pacjentów IPCZD**

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** |  |

## 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 posiadam/ Osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia posiada roczne doświadczenie w znieczulaniu dzieci **< 3r.ż. –** potwierdzające spełnienie warunku, o którym mowa w pkt. 5.6. Ogłoszenia.
9. Oświadczam, że będę/ osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia będzie udzielać świadczeń zdrowotnych (**należy wybrać minimum jedno miejsce udzielania świadczeń poprzez postawienie znaku x**):

 TAK NIE

* w Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii
* na Bloku Operacyjnym i innych punktach znieczuleń

znajdujących się w lokalizacji IPCZD.

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

**** informacje wymagane dla osób prowadzących działalność gospodarczą,

**Załącznik nr 3 do Ogłoszenia**

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

**Załącznik nr 4 do Ogłoszenia**

Dane dotyczące Udzielającego Zamówienia:

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

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

**PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE:**

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

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

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka"**

## FORMULARZ CENOWY

**Kryterium a): cena - dotyczy wszystkich oferentów**

**Wynagrodzenie za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych …………………………………………........zł brutto/ godz.**

**Słownie: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………zł brutto/ godz.**

**Kryterium b): dostępność** - **dotyczy osób fizycznych oraz jednoosobowych praktyk lekarskich**

**Oświadczam, iż w zakresie realizacji przedmiotu zamówienia deklaruję gotowość do udzielania świadczeń w  liczbie godzin** *(****należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A. | 80-120 godzin miesięcznie |  |
| B. | 120-180 godzin miesięcznie |  |
| C. | 180-260 godzin miesięcznie |  |

*W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o deklarowanej liczbie godzin do przepracowania, Udzielający Zamówienia uzna, że Oferent wybrał opcję A.*

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) : dostępność**

**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 | Dostępność\* |
| Imię i nazwisko | 80-120 godzin miesięcznie | 120-180 godzin miesięcznie | 180-260 godzin miesięcznie |
| należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X |
| 1. |   |   |   |   |
| 2. |   |   |   |   |
| 3. |   |   |   |   |
| 4. |   |   |   |   |
| 5. |   |   |   |   |
| 6. |   |   |   |   |
| 7. |   |   |   |   |
| 8. |   |   |   |   |
| 9. |   |   |   |   |
| 10. |   |   |   |   |

*\* W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o deklarowanej liczbie godzin do przepracowania, Udzielający Zamówienia uzna, że Oferent wybrał opcję A.*

.…………………., 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 …………………………