**Załącznik nr 2 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:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa firmy pod którą działa Oferent | |  |
| ADRES | Kod pocztowy |  |
| Miejscowość |  |
| Ulica |  |
| Nr domu/ lokalu |  |
| NIP |  | |
| REGON |  | |
| Adres email |  | |
| telefon |  | |

## Zobowiązania Przyjmującego Zamówienie:

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań laboratoryjnych na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”**.**

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia 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 1   
   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 Ogłoszenia są aktualne na dzień składania ofert.

4. Oświadczam, iż posiadam odpowiednie warunki lokalowe, wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny oraz personel, które pozwolą na realizację oferowanego zakresu świadczeń objętych ofertą.

5. Oświadczam, że miejsce udzielenia świadczeń zdrowotnych znajduje się w promieniu 60 km od siedziby Udzielającego Zamówienia.

6. Oświadczam, iż świadczenia zdrowotne będące przedmiotem konkursu, będą udzielane samodzielnie bez zlecania ich w części lub całości podwykonawcom.

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

*(podpis Oferenta)*

**Spis załączników:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj dokumentu** | **Dołączono do oferty (zaznaczyć „x”)** | |
| **TAK** | **NIE** |
| 1 | Formularz Ofertowy- według załącznika nr 2 do ogłoszenia |  |  |
| 2 | Formularz asortymentowo-cenowy- według załącznika nr 3 do ogłoszenia |  |  |
| 3 | Zaświadczenie o wpisie Oferenta do Rejestru Podmiotów wykonujących działalność leczniczą. |  |  |
| 4 | Uwierzytelniona kopia zaświadczenia o wpisie do ewidencji prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych lub oświadczenie Oferenta, że laboratorium wpisane jest do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych ze wskazaniem numeru wpisu. |  |  |
| 5 | Aktualny (nie starszy niż 6 miesięcy) odpis z Krajowego Rejestru Sądowego |  |  |
| 6 | Pełnomocnictwo dla osoby podpisującej ofertę, jeżeli Ofertę podpasuje pełnomocnik. |  |  |
| 7 | Wykaz osób i kwalifikacji zawodowych pracowników – według załącznika nr 4 do ogłoszenia |  |  |
| 8 | Wykaz wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny – według załącznika nr 5 do ogłoszenia |  |  |
| 9 | Uwierzytelniona kopia aktualnej polisy OC, potwierdzająca zawarcie umowy ubezpieczenia  z tytułu odpowiedzialności cywilnej Oferenta lub oświadczenie Oferenta, że najpóźniej  w dniu podpisania umowy przedstawi Zamawiającemu kopię przedmiotowego dokumentu |  |  |
| 10 | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 6 do ogłoszenia) |  |  |
| 11 | Aktualny/e certyfikat/y potwierdzający/ce udział w kontroli zewnątrzlaboratoryjnej dla badań wskazanych w Formularzu asortymentowo-cenowym. |  |  |
| 12 | Informacja o miejscu udzielania świadczeń -według załącznika nr 7 do ogłoszenia |  |  |
| 13 | Oświadczenie Oferenta o terminie wykonania świadczenia zdrowotnego będącego przedmiotem konkursu zleconego w trybie CITO-według załącznika nr 8 do ogłoszenia |  |  |

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

Miejscowość i data Podpis Oferenta

**Załącznik nr 3 do Ogłoszenia**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **KRYTERIUM a) Cena** | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Lp.** | **Rodzaj badania** | **Szacunkowa liczba badań w trakcie trwania umowy** | **Czas oczekiwania na wynik badania zleconego w trybie rutynowymw dniach roboczych** | **Materiał** | **Metoda** | **Cena jednostkowa brutto w PLN**  **(należy uzupełnić)** | **Wartość zamówienia brutto w PLN**  **(należy uzupełnić)** | | |  |  |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8=3\*7** | | |  |  |
|  | 1. | Profil aminokwasów | 280 | Do 7 dni roboczych | osocze lub mocz lub PMR | Metoda HPLC | …………….  Słownie: ………………………………… | ……………… | | |  |  |

**KRYTERIUM b) Dostępność**

**Oświadczam, iż:**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A. | Siedziba Oferenta znajduje się w odległości poniżej 25 km od siedziby Udzielającego Zamówienia (odległość została zmierzona wyłącznie na drogach utwardzonych oraz z wykorzystaniem nawigacji <https://Google.pl/maps>)\* |  |
| B. | Siedziba Oferenta znajduje się w odległości od 25 km do 60km od siedziby Udzielającego Zamówienia (odległość została zmierzona wyłącznie na drogach utwardzonych oraz z wykorzystaniem nawigacji <https://Google.pl/maps>)\* |  |

*\*W przypadku, gdy Oferent w Formularzu asortymentowo-cenowym nie wskaże odległości laboratorium Oferenta od siedziby Udzielającego Zamówienia, Udzielający Zamówienia sprawdzi odległość we własnym zakresie* z wykorzystaniem *nawigacji* [*https://Google.pl/maps*](https://Google.pl/maps)*, z uwzględnieniem wyłącznie dróg utwardzonych i na tej podstawie przyzna punkty w Kryterium Dostępność.*

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

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

**KRYTERIUM c) Ciągłość**

**Oświadczam, iż :**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A. | Realizuję oznaczenia wskazane w Formularzu asortymentowo-cenowym więcej niż 2 lata\* |  |
| B. | Realizuję oznaczenia wskazane w Formularzu asortymentowo-cenowym mniej niż 2 lata\* |  |

*\*W przypadku, gdy Oferent w Formularzu asortymentowo-cenowym nie potwierdzi wskaże informacji dotyczącej doświadczenia w realizacji badania będącego przedmiotem umowy, Udzielający Zamówienia uzna, że Oferent nie posiada doświadczenia we wskazanym zakresie i nie przyzna punktów w Kryterium Ciągłość.*

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

**Załącznik nr 4 do Ogłoszenia**

**WYKAZ OSÓB I KWALIFIKACJI ZAWODOWYCH PRACOWNIKÓW *– należy uzupełnić***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wykształcenie** | **Stanowisko** | **Kwalifikacje** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**.........................................**

(podpis Oferenta)

**Załącznik nr 5 do Ogłoszenia**

**WYKAZ WYPOSAŻENIA W APARATURĘ i SPRZĘT MEDYCZNY – *należy uzupełnić***

|  |  |
| --- | --- |
| **Wyposażenie laboratorium** | **Producent, typ, rok produkcji** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**.........................................**

(podpis Oferenta)

**Załącznik nr 6 do Ogłoszenia**

**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.

**Załącznik nr 7 do Ogłoszenia**

**INFORMACJA O MIEJSCU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ- *należy uzupełnić***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa Wykonawcy |  | |
|  | |
|  | |
| Miejsce udzielania świadczeń, nazwa Pracowni |  | |
|  | |
|  | |
| Telefon/fax |  |  |
| Osoba upoważniona do kontaktów z Zamawiającym | *Imię i nazwisko:* | |
| *telefon/fax:* | |
| *e-mail:* | |
| *Dane do Umowy (wpisać jeżeli inne niż powyżej)* |  | |
|  | |
|  | |

**.........................................**

(podpis Oferenta)

**Załącznik nr 8 do Ogłoszenia**

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

**Ja, niżej podpisana/podpisany oświadczam, że** świadczenia zdrowotne będące przedmiotem konkursu zlecone w trybie CITO wykonane będą w terminie: ………………. (należy wpisać czas oczekiwania na wynik w dniach roboczych).

**.........................................**

(podpis Oferenta)