**Formularz oferty Załącznik nr 3 do Ogłoszenia**

**Udzielanie ambulatoryjnych świadczeń lekarskich w zakresie immunologii na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”**

**Dane oferenta**

Imię i Nazwisko/Firma………………………………….…………………………………………........................................................

Nazwisko rodowe…………………………………………………..……………………………………………………..........………………………

Imiona rodziców………………………………………………………………………………………………………………........…………………..

Numer PESEL ……………………………………………………………

Seria i numer dowodu osobistego ………………………………wydany przez …………………………………….........……..…….

Adres……………………………………………………………………………………………………………………………...…………..…………………

Adres do korespondencji (jeśli inny niż adres siedziby/zamieszkania):…………………………………....................................................................................................

Telefon:……………………………………… Fax:……………………...........……………………

E-mail:……………………………………….. NIP\*:…………………………………………………

REGON\*: ………………………………………………………………………………………..........

Numer wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (jeśli dotyczy):

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

Numer wpisu do rejestru KRS i organ prowadzący (jeśli dotyczy): …………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Oferent oświadcza, iż:**

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie zawierającym w szczególności przedmiot konkursu, kryteria oceny ofert oraz warunki stawiane oferentom.
2. Zapoznał się z treścią Istotnych Postanowień Umowy stanowiących załącznik nr 3 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. Podczas obowiązywania niniejszej umowy nie będzie pozostawał /Osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia nie będzie pozostawała w stosunku pracy z Udzielającym Zamówienia
w zakresie pokrywającym się z przedmiotem niniejszego konkursu.
4. Dane zawarte w złożonych dokumentach, są aktualne na dzień składania ofert.
5. Posiada/Osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia posiada uprawnienia do wystawiania zwolnień lekarskich w postaci elektronicznej, e-recepty, zlecenia na wyroby medyczne w formie elektronicznej oraz inne dokumenty w zakresie EDM zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
a także prowadzi dokumentację elektroniczną w systemie ClinniNet.
6. Posiada/ Osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia posiada **wykształcenie wyższe medyczne.**
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. 1.3. w Załączniku nr 2 do Ogłoszenia.
8. Posiada/ Osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia posiada doświadczenie **w pracy
z dziećmi min. 5 lat** – potwierdzające spełnienie warunku, o którym mowa w pkt. 1.4. w Załączniku nr 2 do Ogłoszenia.
9. Spełnia wszystkie warunki stawiane oferentom wymienione w ogłoszeniu konkursowym.
10. Jest związany/a ofertą do 30-go dnia od upływu terminu składania ofert.

 …………………………………………………………

 (data i 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 zawodu lekarza |  |  |
| **2** | Dokument potwierdzający posiadanie specjalizacji z zakresu immunologii klinicznej |  |  |
| **3** | Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy |  |  |
| **4** | Wydruk z RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) nie starszy niż 3 miesiące |  |  |
| **5** | Kopia aktualnej polisy od odpowiedzialności cywilnej |  |  |
| **6** | Formularz ofertowy (załącznik nr 3 do Ogłoszenia) |  |  |
| **7** | Formularz cenowy (załącznik nr 4 do Ogłoszenia) |  |  |
| **8** | Wykaz personelu (załącznik nr 4.1. do Ogłoszenia) - dotyczy grupowych praktyk lekarskich oraz podmiotów leczniczych |  |  |
| **9** | 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 |  |  |
| **10** | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5b do Ogłoszenia)- dotyczy wyłącznie podmiotów leczniczych |  |  |
| **11** | Inne- wymienić jakie............................................................................................ |  |  |

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

 Miejscowość i data Podpis Oferenta

**Załącznik nr 4 do Ogłoszenia**

 **Formularz cenowy**

**Kryterium: cena – dotyczy wszystkich Oferentów (***należy uzupełnić***)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa świadczenia** | **Cena za godzinę udzielania świadczeń w PLN brutto** | **Miesięczna liczba godzin do przepracowania** | **Czas trwania umowy** | **Wartość Zamówienia brutto (PLN)** |
|  | *1**(Wypełnia Oferent)* | *2* | *3* | *4=1x2x3(Wypełnia Oferent)* |
| **Udzielanie świadczeń ambulatoryjnych w zakresie immunologii** | …………….. PLNsłownie:………………………………………………................................................. | 16 | 12 miesięcy | ……………..............…….. PLNsłownie:………………………………….................…………………………………................. |

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

Oświadczam, iż jestem / osoba wyznaczona przez Oferenta do udzielania świadczeń objętych zamówieniem jest autorem lub współautorem publikacji w czasopismach punktowanych przez MNiSW w zakresie posiadanych specjalizacji[[1]](#footnote-2):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A. | Brak publikacji w czasopismach |  |
| 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.

 …………………………………………………………

 (data i podpis Oferenta )

**Załącznik nr 4.1. do Ogłoszenia**

**Wykaz personelu - dotyczy podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi (grupowych praktyk lekarskich) i podmiotów leczniczych**.

|  |  |
| --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko osoby wskazanej przez Oferenta do realizacji świadczeń objętych zamówieniem** |
|  |  |
|  |   |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

 ***(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………………………………..

**LUB**

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