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

## 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 lekarza 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. Oświadczam, że posiadam/że osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia posiada **wykształcenie wyższe medyczne.**
6. Oświadczam, że posiadam/że 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, że posiadam/że osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia posiada kartę specjalizacyjną z zakresu z zakresu Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz, że ukończyła/am/em 3 rok szkolenia specjalizacyjnego z zakresu Anestezjologii i Intensywnej Terapii lub oświadczam, że posiadam/że osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia posiada specjalizację z zakresu Anestezjologii i Intensywnej Terapii *(nieprawidłowe skreślić)*– potwierdzające spełnienie warunku, o którym mowa w pkt. 5.3. Ogłoszenia.

……................., 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 karty specjalizacyjnej z zakresu z zakresu Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz oświadczenie o ukończeniu minimum 3 roku szkolenia specjalizacyjnego z zakresu Anestezjologii i Intensywnej Terapii lub dokument potwierdzający posiadanie specjalizacji w zakresie Anestezjologii i Intensywnej Terapii |  |  |
| **3** | Formularz ofertowy (załącznik nr 3 do Ogłoszenia) |  |  |
| **4** | Formularz cenowy (załącznik nr 4 do Ogłoszenia) |  |  |
| **5** | Wykaz personelu, który będzie udzielać świadczeń będących przedmiotemumowy - zał. nr 4.1. do Ogłoszenia - dotyczy grupowych praktyklekarskich 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**

**Udzielający ZamówieniA:**

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

## FORMULARZ CENOWY

**Kryterium a): Cena - dotyczy wszystkich Oferentów (należy uzupełnić):**

**Oferowane wynagrodzenie za godzinę udzielania świadczeń …………………………………………........zł brutto**

**Słownie: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………zł brutto**

**Kryterium b): Jakość** - **dotyczy wszystkich Oferentów**

Oświadczam, że uczestniczyłam/em/że osoba wyznaczona do udzielania świadczeń będących przedmiotem Umowy uczestniczyła w konferencjach naukowych poświęconych anestezjologii i intensywnej terapii\*: **(należy** ***wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A. | Nie uczestniczyłam/em w konferencjach naukowych poświęconych anestezjologii i intensywnej terapii |  |
| B. | Uczestniczyłam/em w konferencjach naukowych poświęconych anestezjologii i intensywnej terapii | 🗌 |

*\*W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o tym, że uczestniczył w konferencjach naukowych poświęconych anestezjologii i intensywnej terapii, Udzielający Zamówienia nie przyzna punktów w kryterium jakość.*

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

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

 *(podpis Oferenta)*

**Załącznik nr 4.1. do Ogłoszenia**

**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 wskazanej przez Oferenta do realizacji świadczeń objętych zamówieniem** |
| **1.** |  |

 ……………………………………

 *(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 ………………………………..