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** |  |
| **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 Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów   
w zakresie otolaryngologii na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka”-2 Zadania (3 osoby):

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 5 lat doświadczenia w pracy po uzyskaniu specjalizacji – potwierdzające spełnienie warunku, o którym mowa w pkt. 5.4. Ogłoszenia.
7. 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. 5.5. Ogłoszenia.
8. **Oświadczam, że składam ofertę na Zadanie/a *(należy wybrać jedną preferowaną opcję poprzez postawienie znaku X):* a) 1 b) 2 c) 1 i 2**

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

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

**Załącznik nr 3 do Ogłoszenia**

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 otolaryngologii lub specjalizacji z zakresu otorynolaryngologii |  |  |
| **3** | Formularz ofertowy (załącznik nr 3 do Ogłoszenia) |  |  |
| **4** | Formularz cenowy dla Zadania nr 1 (załącznik nr 4a do Ogłoszenia) |  |  |
| **5** | Formularz cenowy dla Zadania nr 2 (załącznik nr 4b do Ogłoszenia) |  |  |
| **6** | Wykaz personelu, który będzie udzielać świadczeń będących przedmiotem  umowy (załącznik nr 4.1. do Ogłoszenia) - dotyczy grupowych  praktyk lekarskich oraz podmiotów leczniczych |  |  |
| **7** | 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 |  |  |
| **8** | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5b do Ogłoszenia) - dotyczy wyłącznie podmiotów leczniczych |  |  |
| **9** | Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) |  |  |
| **10** | Wydruk z RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) |  |  |
| **11** | Aktualna polisa OC |  |  |
| **12** | Inne- wymienić jakie  ................................................................................................ |  |  |

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

*(Podpis Oferenta)*

**Załącznik nr 4a 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 lekarzy specjalistów w zakresie otolaryngologii na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka”- 2 Zadania (3 osoby).**

## Formularz cenowy dla Zadania nr 1

## 

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres** | **Oczekiwana liczba świadczeń w trakcie trwania umowy- dla 1 osoby** | **Szacunkowa deklarowana liczba świadczeń w trakcie trwania umowy - nie może być wyższa niż oczekiwana liczba świadczeń oraz nie może wynosić 0** | **Cena jednostkowa za świadczenie PLN** | **Wartość PLN**  **(4x5 =6)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| **I.** | **Procedury otolaryngologiczne** | | | | |
| 1. | świadczenia z grupy PZC 01 KOMPLEKSOWE ZABIEGI JAMY USTNEJ, GARDŁA I KRTANI | | | | |
|  | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | 3 |  | **3426,00 zł** |  |
|  | dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | 3 |  | **3140,00 zł** |  |
|  | dla dzieci powyżej 9 r.ż. | 3 |  | **2855,00zł** |  |
| 2. | świadczenia z grupy PZC 02 DUŻE ZABIEGI JAMY USTNEJ, GARDŁA I KRTANI | | | | |
|  | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | 2 |  | **748,00 zł** |  |
|  | dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | 2 |  | **685,00 zł** |  |
|  | dla dzieci powyżej 9 r.ż. | 2 |  | **623,00 zł** |  |
| 3. | świadczenia z grupy PZC 03 USUNIĘCIE MIGDAŁKÓW I INNE ZABIEGI JAMY USTNEJ, GARDŁA I KRTANI | | | | |
|  | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | 5 |  | **482,00 zł** |  |
|  | dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | 500 |  | **442,00 zł** |  |
|  | dla dzieci powyżej 9 r.ż. | 100 |  | **402,00 zł** |  |
| 4. | świadczenia z grupy PZC 06 DUŻE ZABIEGI SZCZĘKOWO- TWARZOWE | | | | |
|  | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | 3 |  | **2460,00 zł** |  |
|  | dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | 3 |  | **2255,00 zł** |  |
|  | dla dzieci powyżej 9 r.ż. | 3 |  | **2050,00zł** |  |
| 5. | świadczenia z grupy PZC 07 ŚREDNIE ZABIEGI SZCZĘKOWO- TWARZOWE | | | | |
|  | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | 3 |  | **949,00 zł** |  |
|  | dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | 3 |  | **870,00 zł** |  |
|  | dla dzieci powyżej 9 r.ż. | 3 |  | **791,00zł** |  |
| 6. | świadczenia z grupy PZC 10 KOMPLEKSOWE ZABIEGI KOREKCYJNE WAD WRODZONYCH TWARZOCZASZKI, JAMY USTNEJ I GARDŁA | | | | |
|  | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | 3 |  | **3488,00 zł** |  |
|  | dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | 3 |  | **3197,00 zł** |  |
|  | dla dzieci powyżej 9 r.ż. | 3 |  | **2907,00zł** |  |
| 7. | świadczenia z grupy PZC 11 DUŻE ZABIEGI KOREKCYJNE WAD WRODZONYCH TWARZOCZASZKI, JAMY USTNEJ I GARDŁA | | | | |
|  | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | 3 |  | **2242,00 zł** |  |
|  | dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | 3 |  | **2055,00 zł** |  |
|  | dla dzieci powyżej 9 r.ż. | 3 |  | **1869,00zł** |  |
| 8. | świadczenia z grupy PZC 12 ŚREDNIE ZABIEGI KOREKCYJNE WAD WRODZONYCH TWARZOCZASZKI, JAMY USTNEJ I GARDŁA | | | | |
|  | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | 3 |  | **996,00 zł** |  |
|  | dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | 3 |  | **913,00 zł** |  |
|  | dla dzieci powyżej 9 r.ż. | 3 |  | **830,00zł** |  |
| 9. | świadczenia z grupy PZC 13 MAŁE ZABIEGI KOREKCYJNE WAD WRODZONYCH TWARZOCZASZKI, JAMY USTNEJ I GARDŁA | | | | |
|  | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | 2 |  | **498,00 zł** |  |
|  | dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | 30 |  | **457,00 zł** |  |
|  | dla dzieci powyżej 9 r.ż. | 2 |  | **415,00 zł** |  |
| 10. | świadczenia z grupy PZC 14 KOMPLEKSOWE ZABIEGI USZU | | | | |
|  | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | 2 |  | **2523,00 zł** |  |
|  | dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | 2 |  | **2313,00 zł** |  |
|  | dla dzieci powyżej 9 r.ż. | 2 |  | **2102,00zł** |  |
| 11. | świadczenia z grupy PZC 15 DDUŻE ZABIEGI USZU | | | | |
|  | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | 2 |  | **1043,00 zł** |  |
|  | dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | 2 |  | **957,00 zł** |  |
|  | dla dzieci powyżej 9 r.ż. | 2 |  | **870,00zł** |  |
| 12. | świadczenia z grupy PZC 16 ŚREDNIE ZABIEGI USZU | | | | |
|  | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | 2 |  | **311,00 zł** |  |
|  | dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | 2 |  | **285,00 zł** |  |
|  | dla dzieci powyżej 9 r.ż. | 2 |  | **260,00zł** |  |
| 13. | świadczenia z grupy PZC 17 MAŁE ZABIEGI USZU | | | | |
|  | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | 10 |  | **203,00 zł** |  |
|  | dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | 30 |  | **185,00 zł** |  |
|  | dla dzieci powyżej 9 r.ż. | 2 |  | **169,00zł** |  |
| 14. | świadczenia z grupy PZC 18 KOMPLEKSOWE ZABIEGI NOSA | | | | |
|  | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | 2 |  | **1464,00 zł** |  |
|  | dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | 2 |  | **1342,00 zł** |  |
|  | dla dzieci powyżej 9 r.ż. | 2 |  | **1220,00zł** |  |
| 15. | świadczenia z grupy PZC 19 DUŻE ZABIEGI NOSA | | | | |
|  | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | 2 |  | **840,00 zł** |  |
|  | dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | 2 |  | **770,00 zł** |  |
|  | dla dzieci powyżej 9 r.ż. | 20 |  | **700,00zł** |  |
| 16. | świadczenia z grupy PZC 20 ŚREDNIE ZABIEGI NOSA | | | | |
|  | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | 2 |  | **483,00 zł** |  |
|  | dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | 2 |  | **442,00 zł** |  |
|  | dla dzieci powyżej 9 r.ż. | 2 |  | **402,00zł** |  |
| 17. | świadczenia z grupy PZC 21 MAŁE ZABIEGI NOSA | | | | |
|  | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | 2 |  | **140,00 zł** |  |
|  | dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | 2 |  | **128,00 zł** |  |
|  | dla dzieci powyżej 9 r.ż. | 2 |  | **117,00zł** |  |
| 18. | świadczenia z grupy PZC 22 DUŻE ZABIEGI ENDOSKOPOWE | | | | |
|  | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | 3 |  | **888,00 zł** |  |
|  | dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | 3 |  | **814,00 zł** |  |
|  | dla dzieci powyżej 9 r.ż. | 3 |  | **740,00zł** |  |
| 19. | świadczenia z grupy PZC 23 ŚREDNIE ZABIEGI ENDOSKOPOWE | | | | |
|  | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | 2 |  | **530,00 zł** |  |
|  | dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | 2 |  | **485,00 zł** |  |
|  | dla dzieci powyżej 9 r.ż. | 2 |  | **441,00zł** |  |
| 20. | świadczenia z grupy C 57 INNE CHOROBY GARDŁA, USZU I NOSA | | | | |
|  | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | 2 |  | **1428,00 zł** |  |
|  | dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | 2 |  | **1309,00 zł** |  |
|  | dla dzieci powyżej 9 r.ż. | 2 |  | **1190,00zł** |  |
| 21. | świadczenia z grupy PZ 99 INNE PROCEDURY ZABIEGOWE | | | | |
|  | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | 3 |  | **740,00 zł** |  |
|  | dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | 3 |  | **678,00 zł** |  |
|  | dla dzieci powyżej 9 r.ż. | 3 |  | **617,00zł** |  |
| 22. | świadczenia z grupy PZK 02 ZABIEGI DOTYCZĄCE TARCZYCY I PRZYTARCZYC | | | | |
|  | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | 3 |  | **1137,00 zł** |  |
|  | dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | 3 |  | **1042,00 zł** |  |
|  | dla dzieci powyżej 9 r.ż. | 3 |  | **948,00zł** |  |
| 23. | świadczenia z grupy PZA 03 ŚREDNIE ZABIEGI WEWNĄTRZCZASZKOWE | | | | |
|  | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | 3 |  | **1852,00 zł** |  |
|  | dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | 3 |  | **1698,00 zł** |  |
|  | dla dzieci powyżej 9 r.ż. | 3 |  | **1544,00zł** |  |
| 24. | świadczenia z grupy P 36 POWAŻNE CHOROBY GARDŁA, USZU I NOSA | | | | |
|  | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | 3 |  | **778,00 zł** |  |
|  | dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | 3 |  | **713,00 zł** |  |
|  | dla dzieci powyżej 9 r.ż. | 3 |  | **649,00zł** |  |
| **II.** | **Dyżury medyczne** |  |  |  |  |
|  | Dyżur medyczny w oddziale otolaryngologii | 168h/m-ąc |  | **100,00 zł/h** |  |
|  | **Łączna wartość brutto PLN** |  |  |  |  | |

Łączna wartość oferty wynosi ................................... brutto PLN

(słownie: ……………………………………………………………….………………………………….................................................), ustalona na podstawie szacunkowej deklarowanej liczby świadczeń w okresie trwania umowy razy cena jednostkowa za świadczenie.

**Kryterium b) jakość** - **dotyczy wszystkich Oferentów\***

Oświadczam, że jestem/że osoba wyznaczona do udzielania świadczeń będących przedmiotem umowy jest autorem/współautorem, publikacji w czasopismach punktowanych przez MNiSW w zakresie posiadanych specjalizacji [[1]](#footnote-1): **(należy** ***wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):***

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

*\*W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu asortymentowo - cenowym informacji o tym, że jest autorem lub współautorem publikacji w czasopismach punktowanych przez MNiSW, Udzielający Zamówienia nie przyzna punktów w kryterium jakość.*

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

*(podpis Oferenta)*

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

**Załącznik nr 4b 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 lekarzy specjalistów w zakresie otolaryngologii na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka”- 2 Zadania (3 osoby).**

## Formularz cenowy dla Zadania nr 2

## 

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres** | **Oczekiwana liczba świadczeń w trakcie trwania umowy- dla 1 osoby** | **Szacunkowa deklarowana liczba świadczeń w trakcie trwania umowy** | **Cena jednostkowa za świadczenie PLN** | **Wartość PLN (kol. nr 4. x kol. nr 5)** |
| **1.** | **2.** | **3.** | **4.** | **5.** | **6.** |
| **I.** | **Procedury otolaryngologiczne** | | | | |
| 1. | świadczenia z grupy PZC02 Duże zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani | | | | |
|  | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | 2 |  | **748,00 zł** |  |
|  | dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | 2 |  | **685,00 zł** |  |
|  | dla dzieci powyżej 9 r.ż. | 2 |  | **623,00 zł** |  |
| 2. | świadczenia z grupy PZC03 Usunięcie migdałków i inne zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani | | | | |
|  | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | 5 |  | **482,00 zł** |  |
|  | dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | 500 |  | **442,00 zł** |  |
|  | dla dzieci powyżej 9 r.ż. | 100 |  | **402,00 zł** |  |
| 3. | świadczenia z grupy PZC13 Małe zabiegi korekcyjne wad wrodzonych twarzoczaszki, jamy ustnej i gardła | | | | |
|  | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | 2 |  | **498,00 zł** |  |
|  | dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | 30 |  | **457,00 zł** |  |
|  | dla dzieci powyżej 9 r.ż. | 2 |  | **415,00 zł** |  |
| 4. | świadczenia z grupy PZC14 Kompleksowe zabiegi uszu | | | | |
|  | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | 2 |  | **2523,00 zł** |  |
|  | dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | 2 |  | **2313,00 zł** |  |
|  | dla dzieci powyżej 9 r.ż. | 2 |  | **2102,00zł** |  |
| 5. | świadczenia z grupy PZC15 Duże zabiegi uszu | | | | |
|  | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | 2 |  | **1043,00 zł** |  |
|  | dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | 2 |  | **957,00 zł** |  |
|  | dla dzieci powyżej 9 r.ż. | 2 |  | **870,00zł** |  |
| 6. | świadczenia z grupy PZC16 Średnie zabiegi uszu | | | | |
|  | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | 2 |  | **311,00 zł** |  |
|  | dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | 2 |  | **285,00 zł** |  |
|  | dla dzieci powyżej 9 r.ż. | 2 |  | **260,00zł** |  |
| 7. | świadczenia z grupy PZC17 Małe zabiegi uszu | | | | |
|  | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | 10 |  | **203,00 zł** |  |
|  | dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | 30 |  | **185,00 zł** |  |
|  | dla dzieci powyżej 9 r.ż. | 2 |  | **169,00zł** |  |
| 8. | świadczenia z grupy PZC18 Kompleksowe zabiegi nosa | | | | |
|  | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | 2 |  | **1464,00 zł** |  |
|  | dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | 2 |  | **1342,00 zł** |  |
|  | dla dzieci powyżej 9 r.ż. | 2 |  | **1220,00zł** |  |
| 9. | świadczenia z grupy PZC19 Duże zabiegi nosa | | | | |
|  | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | 2 |  | **840,00 zł** |  |
|  | dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | 2 |  | **770,00 zł** |  |
|  | dla dzieci powyżej 9 r.ż. | 20 |  | **700,00zł** |  |
| 10. | świadczenia z grupy PZC20 Średnie zabiegi nosa | | | | |
|  | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | 2 |  | **483,00 zł** |  |
|  | dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | 2 |  | **442,00 zł** |  |
|  | dla dzieci powyżej 9 r.ż. | 2 |  | **402,00zł** |  |
| 11. | świadczenia z grupy PZC21 Małe zabiegi nosa | | | | |
|  | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | 2 |  | **140,00 zł** |  |
|  | dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | 2 |  | **128,00 zł** |  |
|  | dla dzieci powyżej 9 r.ż. | 2 |  | **117,00zł** |  |
| 12. | świadczenia z grupy PZC23 Średnie zabiegi endoskopowe | | | | |
|  | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | 2 |  | **530,00 zł** |  |
|  | dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | 2 |  | **485,00 zł** |  |
|  | dla dzieci powyżej 9 r.ż. | 2 |  | **441,00zł** |  |
| 13. | świadczenia z grupy C57 INNE CHOROBY GARDŁA, USZU I NOSA | | | | |
|  | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | 2 |  | **1428,00 zł** |  |
|  | dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | 2 |  | **1309,00 zł** |  |
|  | dla dzieci powyżej 9 r.ż. | 2 |  | **1190,00zł** |  |
| 14. | świadczenia z grupy PZ99 INNE PROCEDURY ZABIEGOWE | | | | |
|  | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | 3 |  | **740,00 zł** |  |
|  | dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | 3 |  | **678,00 zł** |  |
|  | dla dzieci powyżej 9 r.ż. | 3 |  | **617,00zł** |  |
| 15. | świadczenia z grupy PZK02 ZABIEGI DOTYCZĄCE TARCZYCY I PRZYTARCZYC | | | | |
|  | dla dzieci do ukończenia 3  r.ż. | 3 |  | **1137,00 zł** |  |
|  | dla dzieci w wieku od 3 r.ż. do ukończenia 9 r.ż. | 3 |  | **1042,00 zł** |  |
|  | dla dzieci powyżej 9 r.ż. | 3 |  | **948,00zł** |  |
| **II.** | **Dyżury medyczne** |  |  |  |  |
|  | Dyżur medyczny w oddziale otolaryngologii | 168h/m-ąc |  | **100,00 zł/h** |  |
|  | **Łączna wartość brutto PLN** |  |  |  |  |

Łączna wartość oferty wynosi ................................... brutto PLN

(słownie: ……………………………………………………………….………………………………….................................................), ustalona na podstawie szacunkowej deklarowanej liczby świadczeń w okresie trwania umowy razy cena jednostkowa za świadczenie.

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

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

**Kryterium b) jakość** - **dotyczy wszystkich Oferentów\***

Oświadczam, że jestem/że osoba wyznaczona do udzielania świadczeń będących przedmiotem umowy jest autorem/współautorem, publikacji w czasopismach punktowanych przez MNiSW w zakresie posiadanych specjalizacji [[2]](#footnote-2): **(należy** ***wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):***

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

*\*W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu asortymentowo - cenowym informacji o tym, że jest autorem lub współautorem publikacji w czasopismach punktowanych przez MNiSW, Udzielający Zamówienia nie przyzna punktów w kryterium jakość.*

.…………………., 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 osób wskazanych przez Oferenta do realizacji świadczeń będących przedmiotem zamówienia** |
| **1.** |  |
| **2.** |  |
| **3.** |  |

……………………………………

*(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-1)
2. Udzielający Zamówienia przed podpisaniem umowy ma prawo zweryfikować informacje podane przez Oferenta. [↑](#footnote-ref-2)