**Załącznik nr 3 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:**

|  |  |
| --- | --- |
| **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 ratowników medycznych w Izbie Przyjęć na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”- 2 zadania (4 osoby).

1. Zapoznałam/em 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 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/ osoba wyznaczona przez Oferenta do realizacji przedmiotu zamówienia nie będzie pozostawać w stosunku pracy z Udzielającym Zamówienia w zakresie pokrywającym się z przedmiotem niniejszego konkursu.
5. Oświadczam, że 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.
6. **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;**

Spis załączników:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj dokumentu** | **Dołączono do oferty (zaznaczyć „x”)** |
| **TAK** | **NIE** |
| **1** | Dokument wymieniony w art. 10 Ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym: rozpoczęcie przed dniem 1 października 2019 r. studiów wyższych na kierunku (specjalności) ratownictwo medyczne i uzyskanie tytułu zawodowego licencjata lub magistra na tym kierunku (specjalności) |  |  |
| **2** | Dokument wymieniony w art. 10 Ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym: rozpoczęcie po roku akademickim 2018/2019 studiów wyższych przygotowujących do wykonywania zawodu ratownika medycznego, prowadzonych zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 68 ust. 3 pkt. 1 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce i uzyskanie tytułu zawodowego licencjata oraz złożenie z wynikiem pozytywnym Państwowego Egzaminu z Ratownictwa Medycznego, zwanego dalej „PERM” |  |  |
| **3** | Dokument wymieniony w art. 10 Ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym: rozpoczęcie przed dniem 1 marca 2013 r. nauki w publicznej szkole policealnej lub niepublicznej szkole policealnej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie dyplomu potwierdzającego uzyskanie tytułu zawodowego ratownik medyczny albo dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe w zawodzie ratownik medyczny |  |  |
| **4** | Dokument wymieniony w art. 10 Ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym: dyplom wydany w państwie innym niż państwo członkowskie Unii Europejskiej, Konfederacja Szwajcarska lub w państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strona umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, uznany w Rzeczypospolitej Polskiej za równoważny z dyplomem uzyskiwanym w Rzeczypospolitej Polskiej, potwierdzającym tytuł zawodowy ratownik medyczny i uzyskanie prawa pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z odrębnymi przepisami |  |  |
| **5** | Dokument wymieniony w art. 10 Ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym: posiadanie kwalifikacji do wykonywania zawodu ratownika medycznego nabytych w państwie członkowskim Unii Europejskiej, Konfederacji Szwajcarskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – stronie umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, uznanych w Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z przepisami ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej |  |  |
| **6** | Formularz ofertowy (załącznik nr 3 do Ogłoszenia) |  |  |
| **7** | Formularz cenowy dla Zadania nr 1 (załącznik nr 4a do Ogłoszenia) |  |  |
| **8** | Formularz cenowy dla Zadania nr 2 (załącznik nr 4b do Ogłoszenia) |  |  |
| **9** | Wykaz personelu (zał. nr 4.1. do ogłoszenia)–dotyczy podmiotów leczniczych |  |  |
| **10** | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5a do Ogłoszenia) **-** dotyczy osób fizycznych oraz osób prowadzących indywidualną działalność gospodarczą. |  |  |
| **11** | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5b do Ogłoszenia) – dotyczy podmiotów leczniczych |  |  |
| **12** | Oświadczenie o posiadaniu doświadczenia zawodowego min. 1 rok (załącznik nr 6 do Ogłoszenia)- dotyczy wyłącznie Zadania nr 2 |  |  |
| **13** | Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy lub odpis z właściwego rejestru KRS (Krajowy Rejestr Sądowy) |  |  |
| **14** | Wydruk z RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) nie starszy niż 3 miesiące |  |  |
| **15** | Aktualna polisa OC |  |  |
| **16** | Inne- wymienić jakie................................................................................................. |  |  |

Podpis Oferenta **……………………………..**

**Załącznik nr 4a do Ogłoszenia**

**UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH W IZBIE PRZYJĘĆ NA RZECZ PACJENTÓW na rzecz pacjentów INSTYTUTU "POMNIK- CENTRUM ZDROWIA DZIECKA"**

**Udzielający ZamówieniE:**

Instytut "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka", 04-730 Warszawa, Al. Dzieci Polskich 20

**PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE:**

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

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

## Formularz cenowy dla Zadania nr 1

**KRYTERIUM a): Cena - dotyczy wszystkich oferentów** *(należy uzupełnić):*

**Oferowane wynagrodzenie za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych:**

…………………………. zł brutto/godz.\*

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

**KRYTERIUM b): Jakość - dotyczy osób fizycznych oraz osób prowadzących indywidualna działalność gospodarczą**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A. | 144-168 godzin miesięcznie |  |
| B. | 169-300 godzin miesięcznie |  |

*\*W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o liczbie godzin gotowości do pracy, Udzielający Zamówienia wezwie Oferenta do uzupełnienia oferty.*

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

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

**Załącznik nr 4b do Ogłoszenia**

**UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH W IZBIE PRZYJĘĆ NA RZECZ PACJENTÓW na rzecz pacjentów INSTYTUTU "POMNIK- CENTRUM ZDROWIA DZIECKA"**

**Udzielający ZamówieniE:**

Instytut "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka", 04-730 Warszawa, Al. Dzieci Polskich 20

**PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE:**

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

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

## Formularz cenowy dla Zadania nr 2

**KRYTERIUM a): Cena - dotyczy wszystkich oferentów** *(należy uzupełnić):*

**Oferowane wynagrodzenie za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych:**

…………………………. zł brutto/godz.\*

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

**KRYTERIUM b): Jakość - dotyczy osób fizycznych oraz osób prowadzących indywidualną działalność gospodarczą**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A. | 144-168 godzin miesięcznie |  |
| B. | 169-300 godzin miesięcznie |  |

*\*W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o liczbie godzin gotowości do pracy, Udzielający Zamówienia wezwie Oferenta do uzupełnienia oferty.*

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

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

**Załącznik nr 4.1. do Ogłoszenia**

**KRYTERIUM b): Dostępność;**

**Wykaz personelu- dotyczy podmiotów leczniczych** (*należy uzupełnić i wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X)*

W kryteriach oceny ofert można uzyskać:

b) Dostępność – max 20 punktów

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Oferent | Dostępność\* | Numer Zadania |
| Imię i nazwisko | 144-168 godzinmiesięcznie | 169-300 godzinmiesięcznie | 1 | 2 |
| należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X |
| 1. |   |   |    |  |  |
| 2. |   |   |    |  |  |
| 3. |   |   |    |  |  |
| 4. |   |   |    |  |  |

 *\*W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o liczbie godzin gotowości do pracy osoby/osób wyznaczonej/wyznaczonych do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia, Udzielający Zamówienia wezwie Oferenta do uzupełnienia oferty.*

 (podpis Oferenta) ………………………………

**Załącznik nr 5 do Ogłoszenia**

**5 a Zgoda na przetwarzania danych osobowych -** dotyczy osób fizycznych oraz osób prowadzących indywidualną działalność gospodarczą.

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, dalej zwane „RODO”) 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 Oferenta………………………………..

**5 b 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 Oferenta ………………………………..

**Załącznik nr 6 do Ogłoszenia**

**Oświadczenie Oferenta- dotyczy wyłącznie Zadania nr 2-** dotyczy osób fizycznych oraz osób prowadzących indywidualną działalność gospodarczą.

Oświadczam, że posiadam doświadczenie zawodowe minimum 1 rok - **wymagane
dla Zadania nr 2**

Podpis Oferenta ………………………………..

**Oświadczenie Oferenta- dotyczy wyłącznie Zadania nr 2-** dotyczy podmiotów leczniczych *(należy wskazać imię i nazwisko/imiona i nazwiska osoby/osób, która posiada/które posiadają doświadczenie zawodowe minimum 1 rok):*

Oświadczam, że osoba/y wyznaczona/e do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia posiada/ją doświadczenie zawodowe minimum 1 rok - **wymagane
dla Zadania nr 2:**

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko |
| 1. |   |
| 2. |   |
| 3. |   |
| 4. |   |

 Podpis Oferenta ………………………………..