**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 Udzielenie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki pielęgniarskiej w Oddziale Kardiochirurgiina rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik –Centrum Zdrowia Dziecka”**- 2 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/że Osoba/y wyznaczona/e do realizacji przedmiotu zamówienia posiada/ją **min. 2 lata doświadczenia w pracy w zawodzie pielęgniarki**– potwierdzające spełnienie warunku, o którym mowa w pkt. 5.3. Ogłoszenia.
6. Oświadczam, że posiadam/że Osoba/y wyznaczona/e do realizacji przedmiotu zamówienia posiada/ją **aktualne badania lekarskie** niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych – potwierdzające spełnienie warunku, o którym mowa w pkt. 5.4. Ogłoszenia.

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

** informacje wymagane dla osób prowadzących działalność gospodarczą;**

Spis załączników:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj dokumentu** | **Dołączono do oferty (zaznaczyć „x”)** |
| **TAK** | **NIE** |
| **1** | Dokumenty potwierdzające posiadanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarza |  |  |
| **2** | Formularz ofertowy (załącznik nr 3 do Ogłoszenia) |  |  |
| **3** | Formularz cenowy (załącznik nr 4 do Ogłoszenia) |  |  |
| **4** | Wykaz personelu, który będzie udzielać świadczeń będących przedmiotem umowy (załącznik nr 4.1. do Ogłoszenia) - dotyczy grupowych praktyk pielęgniarek oraz podmiotów leczniczych |  |  |
| **5** | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych(załącznik nr 5a do Ogłoszenia) **-** dotyczy osób fizycznych oraz każdego Oferenta podmiotu wykonującego działalność leczniczą nie będącego podmiotem leczniczym biorącego udział w postępowaniu. |  |  |
| **6** | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5b do Ogłoszenia) **-** dotyczy podmiotów leczniczych |  |  |
| **7** | DOKUMENTY NIEOBOWIĄZKOWE (FAKULTATYWNE) - Dokument potwierdzający ukończenie szkolenia z zakresu przetaczania krwi i jej składników i/lub kursu w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej i/lub specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego  |  |  |
| **8** | 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) |  |  |
| **9** | Wydruk z RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) nie starszy niż 3 miesiące |  |  |
| **10** | Aktualna polisa OC |  |  |
| **11** | Inne- wymienić jakie................................................................................................. |  |  |

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

 Podpis Oferenta

**Załącznik nr 4 do Ogłoszenia**

**UdzielaNIE Świadczeń zdrowotnych W ZAKRESIE OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ W ODDZIALE KARDIOCHIRURGII 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 Zamówienia ………………………………………..................................…

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

**FORMULARZ CENOWY**

**UWAGA: W przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi oraz w przypadku podmiotów leczniczych, należy wypełnić Załącznik do formularza cenowego - nr 4.1.**

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

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

…………………………. zł brutto/godz.\*

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

**\*( Udzielający zamówienia przeznaczył na realizacje przedmiotu zamówienia kwotę nie wyższą niż** - **61,00 zł brutto za godzinę udzielania świadczeń**

**KRYTERIUM b): Jakość - dotyczy wszystkich Oferentów *–*** Oświadczenie, o dokumentach potwierdzających dodatkowe kwalifikacje zawodowe \* *(należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A. | Nie przedstawiam dokumentu potwierdzającego dodatkowe kwalifikacje zawodowe  |  |
| B. | Przedstawiam dokument potwierdzający dodatkowe kwalifikacje zawodowe |  |

*\*W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o dokumentach potwierdzających posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych* wymienionych w punkcie 5.5. Ogłoszenia*, ale je przedstawi Udzielający Zamówienia uzna, że Oferent posiada wymienione dokumenty i przyzna punkty.*

*\*W przypadku, gdy Oferent wskaże w Formularzu cenowym, że posiada dokument potwierdzający posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych* wymienionych w punkcie 5.5. Ogłoszenia*, ale ich nie przedstawi, Udzielający Zamówienia wezwie Oferenta do uzupełnienia oferty.*

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

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

**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 pielęgniarek i podmiotów leczniczych:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko osoby wskazanej przez Oferenta****do realizacji świadczeń objętych zamówieniem** | **Kryterium****Jakość\*****(spełnienie warunku kryterium doświadczenie do wyboru tak/nie)** |
| **1.** |  |  |
| **2.** |  |  |

*\*W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o dokumentach potwierdzających posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych* wymienionych w punkcie 5.5. Ogłoszenia*, ale je przedstawi Udzielający Zamówienia uzna, że Oferent posiada wymienione dokumenty i przyzna punkty.*

*\*W przypadku, gdy Oferent wskaże w Formularzu cenowym, że posiada dokument potwierdzający posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych* wymienionych w punkcie 5.5. Ogłoszenia*, ale ich nie przedstawi, Udzielający Zamówienia wezwie Oferenta do uzupełnienia oferty.*

**W przypadku grupowych praktyk pielęgniarek w formie spółki cywilnej, grupowych praktyk pielęgniarek w formie spółki jawnej albo spółki partnerskiej i podmiotów leczniczych, należy wybrać jedną odpowiedź osobno dla każdej z osób wyznaczonych przez Oferenta do realizacji przedmiotu zamówienia dla Kryterium b): Jakość.**

**W przypadku grupowych praktyk pielęgniarek w formie spółki cywilnej, grupowych praktyk pielęgniarek w formie spółki jawnej albo spółki partnerskiej i podmiotów leczniczych, punkty w Kryterium b): Jakość będą przyznane proporcjonalnie do liczby osób, wyznaczonych przez Oferenta do realizacji przedmiotu zamówienia.**

 …………………………………. *(podpis Oferenta)*

**Załącznik nr 5 do Ogłoszenia**

**5 a Zgoda na przetwarzania danych osobowych -** dotyczy osób fizycznych oraz każdego Oferenta podmiotu wykonującego działalność leczniczą nie będącego podmiotem leczniczym biorącego udział w postępowaniu.

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 ………………………………..

**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 ………………………………