**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 dla Zadania nr 1, Zadania nr 2, Zadania nr 3, Zadania nr 4, Zadania nr 5, Zadania nr 6 i dla Zadania nr 7**

**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 Poradniach specjalistycznych: w Poradni Chorób Płuc, w Poradni Okulistycznej, w Poradni Chirurgicznej, w Poradni Alergologicznej, w Poradni Laryngologicznej, w Poradni Immunologicznej i w Poradni Chirurgii Stomatologicznej dla Dzieci i Dorosłych na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik –Centrum Zdrowia Dziecka” **7 Zadań (9 osób).**

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 w stosunku pracy z Udzielającym Zamówienia w zakresie pokrywającym się z przedmiotem niniejszego konkursu.
5. Oświadczam, że posiadam **minimum 1 rok doświadczenia w pracy w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarza** – potwierdzające spełnienie warunku, o którym mowa w pkt. 5.3. Ogłoszenia.
6. Oświadczam, że posiadam **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 składam ofertę na Zadanie nr: *(należy wybrać jedną preferowaną opcję poprzez postawienie znaku X):***

**a) 1 b) 2 c) 3 d) 4 e) 5 f) 6 g) 7**

……................., 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 potwierdzający posiadanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarza  |  |  |
| **2** | Formularz ofertowy (załącznik nr 3 do Ogłoszenia) |  |  |
| **3** | Formularz cenowy (załącznik nr 4 do Ogłoszenia) |  |  |
| **4** | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5 do Ogłoszenia) **-** dotyczy osób fizycznych oraz każdego Oferenta podmiotu wykonującego działalność leczniczą nie będącego podmiotem leczniczym |  |  |
| **5** | DOKUMENTY NIEOBOWIĄZKOWE (FAKULTATYWNE) - **Zadanie nr 1:** Kurs specjalistyczny  w zakresie RKO i/lub Kurs wykonywania testów skórnych  |  |  |
| **6** | DOKUMENTY NIEOBOWIĄZKOWE (FAKULTATYWNE) - **Zadanie nr 2:** Kurs specjalistyczny w zakresie RKO i/lub Kurs pielęgnowanie w chorobach narządu wzroku; |  |  |
| **7** | DOKUMENTY NIEOBOWIĄZKOWE (FAKULTATYWNE) - **Zadanie nr 3:** Kurs specjalistyczny  w zakresie RKO i/lub Kurs specjalistyczny – leczenie ran |  |  |
| **8** | DOKUMENTY NIEOBOWIĄZKOWE (FAKULTATYWNE) - **Zadanie nr 4:** Kurs specjalistyczny  w zakresie RKO i/lub Kurs wykonywania testów skórnych i/lub Kurs szczepień |  |  |
| **9** | DOKUMENTY NIEOBOWIĄZKOWE (FAKULTATYWNE) - **Zadanie nr 5:** Kurs specjalistyczny  w zakresie RKO i/lub Kurs specjalistyczny dla pielęgniarek opieka nad dziećmi ze schorzeniami otolaryngologicznymi |  |  |
| **10** | DOKUMENTY NIEOBOWIĄZKOWE (FAKULTATYWNE) - **Zadanie nr 6:** Kurs specjalistyczny  w zakresie RKO |  |  |
| **11** | DOKUMENTY NIEOBOWIĄZKOWE (FAKULTATYWNE) - **Zadanie nr 7:** Kurs specjalistyczny  w zakresie RKO |  |  |
| **12** | Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej)  |  |  |
| **13** | Wydruk z RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą)  |  |  |
| **14** | Aktualna polisa OC |  |  |
| **15** | Inne- wymienić jakie................................................................................................. |  |  |

Podpis Oferenta **……………………………..**

**Załącznik nr 4 do Ogłoszenia**

**Udzielenie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki pielęgniarskiej w Poradniach specjalistycznych: w Poradni Chorób Płuc, w Poradni Okulistycznej, w Poradni Chirurgicznej, w Poradni Alergologicznej, w Poradni Laryngologicznej, w Poradni Immunologicznej i w Poradni Chirurgii Stomatologicznej dla Dzieci i Dorosłych 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, dla Zadania nr 2, dla Zadania nr 3, dla Zadania nr 4, dla Zadania nr 5, dla Zadania nr 6 i dla Zadania nr 7**

**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** - **56,00 zł brutto za godzinę udzielania świadczeń**

**KRYTERIUM b): Jakość - – dotyczy wszystkich Oferentów*\**** *(należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A. | Brak udokumentowanych dodatkowych kwalifikacji zawodowych  |  |
| B. | Przedstawiam udokumentowane 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 Oferenta) ……………………………………

**Załącznik nr 5 do Ogłoszenia**

**5 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 ………………………………..