**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 anestezjologicznej opieki pielęgniarskiej w Oddziałach Intensywnej Terapii na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik –Centrum Zdrowia Dziecka” **– 8 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 pracy w zawodzie**– potwierdzające spełnienie warunku, o którym mowa w pkt. 5.4. Ogłoszenia.
6. Oświadczam, że posiadam **aktualne badania lekarskie** niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych – potwierdzające spełnienie warunku, o którym mowa w pkt. 5.5. 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** | Dokument potwierdzający posiadanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarza |  |  |
| **2** | Dokument potwierdzający posiadanie kursu kwalifikacyjnego lub specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i Intensywnej opieki |  |  |
| **3** | Formularz ofertowy (załącznik nr 3 do Ogłoszenia) |  |  |
| **4** | Formularz cenowy (załącznik nr 4 do Ogłoszenia) |  |  |
| **5** | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych  (załącznik nr 5 do Ogłoszenia) **-** dotyczy osób fizycznych  oraz każdego Oferenta podmiotu wykonującego działalność  leczniczą nie będącego podmiotem leczniczym biorącego  udział w postępowaniu. |  |  |
| **6** | DOKUMENT NIEOBOWIĄZKOWY (FAKULTATYWNY) - Kurs przetaczania krwi i środków krwiopochodnych i/lub Kurs kwalifikacyjny - pielęgniarstwo pediatryczne i/lub Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego i/lub Kurs specjalistyczny w zakresie szczepień ochronnych i/lub Kurs specjalistyczny  w zakresie   RKO |  |  |
| **7** | Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy |  |  |
| **8** | Wydruk z RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą)  nie starszy niż 3 miesiące |  |  |
| **9** | Aktualna polisa OC |  |  |
| **10** | Inne- wymienić jakie  ................................................................................................. |  |  |

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

Podpis Oferenta

**Załącznik nr 4 do Ogłoszenia**

**UdzielaNIE Świadczeń zdrowotnych W ZAKRESIE ANESTEZJOLOGICZNEJ OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ W Oddziałach intensywnej terapii 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**

**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** - **72,00 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 5.6 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 5.6 Ogłoszenia*, ale ich nie przedstawi, Udzielający Zamówienia wezwie Oferenta do uzupełnienia oferty.*

**KRYTERIUM c): Dostępność - dotyczy wszystkich Oferentów**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A. | 60-120 godzin miesięcznie |  |
| B. | 121-180 godzin miesięcznie |  |
| C. | 181-300 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 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 ………………………………..