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 Anestezjologii i Intensywnej terapiina rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka"

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/że osoba/y wyznaczona/e do realizacji przedmiotu zamówienia podczas obowiązywania niniejszej umowy nie będę/nie będzie/nie będą pozostawał/pozostawać w stosunku pracy z Udzielającym Zamówienia w zakresie pokrywającym się z przedmiotem niniejszego konkursu.
5. Oświadczam, że posiadam/ Osoba/y wyznaczona/e do realizacji przedmiotu zamówienia posiada/ją **wykształcenie wyższe medyczne.**
6. Oświadczam, że posiadam/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.
7. Deklaruję średnio co miesiąc możliwość realizacji przedmiotu zamówienia w wysokości  ……….....  liczby godzin. (**należy wskazać deklarowaną średnią liczbę godzin miesięcznie z przedziału 48- 280 godzin zgodnie z par. 3 ust. 1 Załącznika nr 2 do Ogłoszenia Istotne Postanowienia Umowy):**

……................., 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 w zakresie Anestezjologii i Intensywnej Terapii  |  |  |
| **3** | Formularz ofertowy (załącznik nr 3 do Ogłoszenia) |  |  |
| **4** | Formularz cenowy (załącznik nr 4 do Ogłoszenia) |  |  |
| **5** | 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 |  |  |
| **6** | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5b do Ogłoszenia) - dotyczy wyłącznie podmiotów leczniczych |  |  |
| **7** | Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) lub odpis z właściwego rejestru KRS (Krajowy Rejestr Sądowy) |  |  |
| **8** | Wydruk z RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) |  |  |
| **9** | Aktualna polisa OC |  |  |
| **10** | Inne- wymienić jakie................................................................................................ |  |  |

 .................................................*(Podpis Oferenta)*

**Załącznik nr 4 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 Anestezjologii i Intensywnej terapii na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka"**

## Formularz cenowy

##

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

**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** - **200,00 zł brutto za godzinę udzielania świadczeń**

**Kryterium b): Jakość** - dotyczy osób fizycznych oraz jednoosobowych praktyk lekarskich

Oświadczam, że uczestniczyłam/em w konferencjach naukowych poświęconych anestezjologii i intensywnej terapii\*[[1]](#footnote-1): ***(należy******wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A. | Nie uczestniczyłam/em w konferencjach naukowych poświęconych anestezjologii i intensywnej terapii |  |
| B. | Uczestniczyłam/em w konferencjach naukowych poświęconych anestezjologii i intensywnej terapii | 🗌 |

*\*W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o tym, że uczestniczył w konferencjach naukowych poświęconych anestezjologii i intensywnej terapii, 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 4.1. do Ogłoszenia**

**Wykaz personelu - dotyczy podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi (grupowe praktyki lekarskie) oraz podmiotów leczniczych**.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Oferent | Jakość\*[[2]](#footnote-2) |
| Imię i nazwisko | Osoba wyznaczona do udzielania świadczeń nie uczestniczyła w konferencjach naukowych poświęconych anestezjologii i intensywnej terapii | Osoba wyznaczona do udzielania świadczeń uczestniczyła w konferencjach naukowych poświęconych anestezjologii i intensywnej terapii | Deklaracja dotycząca maksymalnej miesięcznej liczby godzin gotowości do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia |
| należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X | Należy wpisać liczbę z przedziału 48-280 godzin |
| 1. |   |   |   |   |
| 2. |   |   |   |   |
| 3. |   |   |   |   |
| 4. |   |   |   |   |
| 5. |   |   |   |   |
| 6. |   |   |   |   |
| 7. |   |   |   |   |
| 8. |   |   |   |   |
| 9. |   |   |   |   |
| 10. |   |   |   |   |
| 11. |   |   |   |   |
| 12. |   |   |   |   |
| 13. |   |   |   |   |
| 14. |   |   |   |   |
| 15. |   |   |   |   |
| 16. |   |   |   |   |
| 17. |   |   |   |   |
| 18. |   |   |   |   |
| 19. |   |   |   |   |
| 20. |   |   |   |   |

**\*W przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi (grupowa praktyka lekarska), należy wybrać jedną odpowiedź osobno dla każdej z osób wyznaczonych przez Oferenta do realizacji przedmiotu zamówienia dla Kryterium b): Jakość.**

**\*W przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi (grupowa praktyka lekarska), punkty w Kryterium b): Jakość będą przyznane proporcjonalnie do liczby osób, wyznaczonych przez Oferenta do realizacji przedmiotu zamówienia.**

.…………………., dnia ……………………… …………………………… *(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 ma prawo zweryfikować informacje podane przez Oferenta [↑](#footnote-ref-1)
2. Udzielający Zamówienia ma prawo zweryfikować informacje podane przez Oferenta [↑](#footnote-ref-2)