Dane dotyczące Udzielającego Zamówienia: **Załącznik nr 3 do Ogłoszenia - Formularz ofertowy**

Nazwa: **INSTYTUT „POMNIK-CENTRUM ZDROWIA DZIECKA”**

Siedziba: **04-730 Warszawa, al. DZIECI POLSKICH 20**

FORMULARZ OFERTOWY dla Zadania nr 1 i dla Zadania nr 2

## 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** |  |

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

**\*** informacje wymagane dla osób prowadzących działalność gospodarczą

**Załącznik nr 3 do Ogłoszenia - Formularz ofertowy**

## Zobowiązania Przyjmującego Zamówienie:

Nawiązując do Ogłoszenia o konkursie ofert na Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie psychoterapii systemowej w ramach Projektu „Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży: systemowe wsparcie dla mieszkańców m.st. Warszawa w Dzielnicy Bemowo, Wawer i Żoliborz”, nr umowy: POWR.04.01.00-00-DM01/20 w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w II poziomie referencyjnym – Środowiskowym Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży **na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka” – 2 zadania (5 osób):**

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 podczas obowiązywania niniejszej umowy nie będę pozostawał/osoba/y wyznaczona/e do realizacji przedmiotu zamówienia nie będzie/nie będą pozostawać w stosunku pracy z Udzielającym Zamówienia w zakresie pokrywającym się z przedmiotem niniejszego konkursu.
5. Posiadam/ Osoba/y wyznaczona/e do realizacji przedmiotu zamówienia posiada/posiadają **wykształcenie wyższe ( studia magisterskie) na kierunku psychologia.**
6. Posiadam/Osoba/y wyznaczona/e do realizacji przedmiotu zamówienia posiada/posiadają **minimum 1 rok doświadczenia w pracy  jako psychoterapeuta systemowy lub 360h stażu w ośrodkach prowadzących psychoterapię dzieci i młodzieży jako psychoterapeuta systemowy** – potwierdzające spełnienie warunku, o którym mowa w pkt. 5.4. Ogłoszenia.
7. Posiadam/ Osoba/y wyznaczona/e do realizacji przedmiotu zamówienia posiada/posiadają **aktualne badania lekarskie** niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych – potwierdzające spełnienie warunku, o którym mowa w pkt. 5.5. Ogłoszenia.
8. **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 potwierdzający posiadanie wykształcenia wyższego (studia magisterskie) na kierunku psychologia i/lub socjologia i/lub pedagogika |  |  |
| **2** | Dokument potwierdzający ukończenie Szkolenia z zakresu "Dzieci, młodzież i rodzice w sytuacjach trudnych, stresujących, traumatycznych - interwencja kryzysowa " Centrum CBT i/lub Dokument potwierdzający ukończenie Szkolenia z zakresu wsparcia i pomocy rodzinie z problemem alkoholowym i przemocą w rodzinie i/lub Dokument potwierdzający ukończenie Szkolenia z zakresu Testu SOR ( Skali Oceny Rodziny) |  |  |
| **3** | Formularz ofertowy dla Zadania nr 1 i dla Zadania nr 2 (załącznik nr 3 do Ogłoszenia) |  |  |
| **4** | Formularz cenowy dla Zadania nr 1 i dla Zadania nr 2 (załącznik nr 4 do Ogłoszenia) |  |  |
| **6** | Wykaz personeluktóry będzie udzielać świadczeń będących przedmiotem umowy (załącznik nr 4.1. do Ogłoszenia) - dotyczy spółek partnerskich i podmiotów leczniczych |  |  |
| **7** | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5a do Ogłoszenia)- dotyczy osób fizycznych, osób fizycznych prowadzących indywidualną działalność gospodarczą oraz w przypadku spółki partnerskiej |  |  |
| **8** | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5b do Ogłoszenia) - dotyczy wyłącznie podmiotów leczniczych |  |  |
| **9** | Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej)  |  |  |
| **10** | Odpis z właściwego rejestru KRS (Krajowy Rejestr Sądowy) nie starszy niż 6 miesięcy |  |  |
| **11** | Wydruk z RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą)  |  |  |
| **12** | Aktualna polisa OC |  |  |
| **13** | Inne(jakie?)…………………………………………………………………………………………… |  |  |

................................................. Podpis Oferenta

**Załącznik nr 4 do Ogłoszenia – Formularz cenowy**

**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 w zakresie psychoterapii systemowej w ramach Projektu „Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży: systemowe wsparcie dla mieszkańców m.st. Warszawa w Dzielnicy Bemowo, Wawer i Żoliborz”, nr umowy: POWR.04.01.00-00-DM01/20 w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w II poziomie referencyjnym – Środowiskowym Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka” – 2 zadania (5 osób).**

## Formularz cenowy dla Zadania nr i dla Zadania nr 2

##

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

**………………………… zł brutto za godzinę udzielania świadczeń**

**Słownie ……………………………………………………………………………… ……… zł brutto**

**Kryterium b) Jakość – osób fizycznych i osób prowadzących indywidualną działalność gospodarczą -**Dokument potwierdzający ukończenie Szkolenia z zakresu "Dzieci, młodzież i rodzice w sytuacjach trudnych, stresujących, traumatycznych - interwencja kryzysowa " Centrum CBT i/lub Dokument potwierdzający ukończenie Szkolenia z zakresu wsparcia i pomocy rodzinie z problemem alkoholowym i przemocą w rodzinie i/lub Dokument potwierdzający ukończenie Szkolenia z zakresu Testu SOR ( Skali Oceny Rodziny)\**(należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A. | Brak dodatkowych udokumentowanych kwalifikacji zawodowych |  |
| B. | Oferent przedstawia dodatkowe udokumentowane kwalifikacje zawodowe | 🗌 |

*\*W przypadku, gdy Oferent wskaże w Formularzu cenowym, że posiada/że osoba/y wyznaczona/e do udzielania świadczeń będących przedmiotem Umowy posiada/posiadają dokument potwierdzający dodatkowe kwalifikacje zawodowe* wymienionych w punkcie 5.6 Ogłoszenia*, ale go nie przedstawi, Udzielający Zamówienia wezwie Oferenta do uzupełnienia oferty.*

*\*W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym, że posiada/że osoba/y wyznaczona/e do udzielania świadczeń będących przedmiotem Umowy posiada/posiadają dokument potwierdzający posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych* wymienionych w punkcie 5.6 Ogłoszenia*, ale go przedstawi, Udzielający Zamówienia przyzna punkty w kryterium Jakość.*

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

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

**Załącznik nr 4.1. do Ogłoszenia - Wykaz personelu, który będzie udzielać świadczeń**

**będących przedmiotem umowy**

**Wykaz personelu, który będzie udzielać świadczeń będących przedmiotem umowy - dotyczy osób wyznaczonych przez Oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem w przypadku spółek partnerskich i podmiotów leczniczych:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko osoby wskazanej przez Oferenta do realizacji świadczeń objętych zamówieniem** | **Numer Zadania** **( do wyboru 1 lub 2)** | **Kryterium Jakość\*** **(spełnienie warunku kryterium jakość do wyboru tak/nie)**  |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |

**\*W przypadku spółek partnerskich 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 spółek partnerskich 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 -** Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

**5 a**

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych -** dotyczy osób fizycznych, osób fizycznych prowadzących indywidualną działalność gospodarczą oraz w przypadku spółki partnerskiej

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

**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 ………………………………..