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 lekarza specjalistę   
w zakresie audiologii i foniatrii na 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 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/że osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia posiada **wykształcenie wyższe medyczne.**
6. Oświadczam, że posiadam/że osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia posiada **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 przed zawarciem Umowy zobowiązuje się zapoznać ze zbiorem wytycznych i zasad obowiązujących w Instytucie „Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka” – dotyczy osób mających po raz pierwszy kontakt z organizacją pracy w Instytucie, zatrudnionych na podstawie umowy cywilnoprawnej, świadczący pracę na terenie Instytutu, zgodnie z procedurą nr PIII;QP2.

……................., 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 z zakresu audiologii i foniatrii |  |  |
| **3** | Formularz ofertowy (załącznik nr 3 do Ogłoszenia) |  |  |
| **4** | Formularz cenowy (załącznik nr 4 do Ogłoszenia) |  |  |
| **5** | Wykaz personelu, który będzie udzielać świadczeń będących przedmiotem  umowy (załącznik nr 4.1. do Ogłoszenia) - dotyczy grupowych  praktyk lekarskich oraz podmiotów leczniczych |  |  |
| **6** | 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 |  |  |
| **7** | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5b do Ogłoszenia) - dotyczy wyłącznie podmiotów leczniczych |  |  |
| **8** | Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) lub wydruk z KRS (Krajowego Rejestru Sądowego) |  |  |
| **9** | Wydruk z RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) |  |  |
| **10** | Aktualna polisa OC |  |  |
| **11** | Inne- wymienić jakie  ................................................................................................ |  |  |

................................................ *(podpis Oferenta)*

**Udzielający ZamówieniA: Załącznik nr 4 do Ogłoszenia**

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 lekarza specjalistę w zakresie audiologii i foniatrii na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka”**

## Formularz cenowy

## 

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa świadczenia** | **Oczekiwana liczba świadczeń w trakcie trwania umowy** | **Cena jednostkowa za świadczenie PLN** | **Wartość PLN (kol. nr 3. x kol. nr 4= kol. nr 5)** |
| **1.** | **2.** | **3.** | **4.** | **5.** |
| 1. | W01 – świadczenia pohospitalizacyjne | 50 |  |  |
| 2. | W02 - świadczenie receptowe | 100 |  |  |
| 3. | W11 -świadczenie specjalistyczne 1 typu | 100 |  |  |
| 4. | W12- świadczenie specjalistyczne 2 typu | 1000 |  |  |
| 5. | W13 - świadczenie specjalistyczne 3 typu | 1000 |  |  |
| 6. | W40 - świadczenie pierwszorazowe 1 typu | 500 |  |  |
| 7. | W41 - świadczenie pierwszorazowe 2 typu | 500 |  |  |
| 8. | W42 - świadczenie pierwszorazowe 3 typu | 500 |  |  |
| 9. | Z58 - świadczenia zabiegowe | 500 |  |  |
| 10. | Z105 - świadczenia zabiegowe | 500 |  |  |
| 11. | porada z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności, zwana dalej teleporadą- z wyjątkiem W02 | 500 |  |  |
| 12. | porada z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności, zwana dalej teleporadą - świadczenie receptowe | 500 |  |  |
| 13. | Konsultacja wewnątrzszpitalna | 200 |  |  |
| 14. | Diagnostyka endoskopowa pacjenta hospitalizowanego w innym oddziale niż Oddział Audiologii i Foniatrii | 50 |  |  |
| 15. | C57 INNE CHOROBY GARDŁA, USZU I NOSA | 100 |  |  |
| 16. | P03 CHOROBY GÓRNEGO ODCINKA DRÓG ODDECHOWYCH | 100 |  |  |
| 17. | P16 POWAŻNE SCHORZENIA UWARUNKOWANE GENETYCZNIE I INNE CHOROBY WRODZONE | 100 |  |  |
| 18. | P36 POWAŻNE CHOROBY GARDŁA, USZU I NOSA < 18 R.Ż. | 200 |  |  |
| 19. | P50 DIAGNOSTYKA I LECZENIE CHORÓB UKLADU NERWOWEGO | 200 |  |  |
| 20. | BADANIE PEDOAUDIOLOGICZNE W PODEJRZENIU GŁUCHOTY U DZIECKA | 80 |  |  |
| 21. | HOSPITALIZACJA Z PRZYCZYN NIE UJĘTYCH GDZIE INDZIEJ | 50 |  |  |
|  | **Łączna wartość brutto PLN** |  | |

Łączna wartość oferty wynosi ................................... brutto PLN

(słownie: ……………………………………………………………….………………………………….................................................), ustalona na podstawie szacunkowej deklarowanej liczby świadczeń w okresie trwania umowy razy cena jednostkowa za świadczenie.

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

.…………………., dnia ……………………… ……………………………………

*(podpis Oferenta)*

**Kryterium b) jakość** - **dotyczy wszystkich Oferentów\***

Oświadczam, że samodzielnie wykonałam/em badania Videonystagmograficzne (VNG) i/lub badania elektroneurograficzne (ENG) w liczbie[[1]](#footnote-1): **(należy** ***wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A. | wykonałam/em od 50 do 100 badań (VNG/ENG) |  |
| B. | wykonałam/em 101 i więcej badań (VNG/ENG) | 🗌 |

*\* W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o tym, że* samodzielnie wykonał badania Videonystagmograficzne (VNG) i/lub badania elektroneurograficzne (ENG)*, Udzielający Zamówienia nie przyzna punktów w kryterium jakość.*

.…………………., dnia ……………………… ……………………………………

*(podpis Oferenta)*

**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 lekarskich i podmiotów leczniczych:**

|  |  |
| --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko osoby wskazanej przez Oferenta do realizacji świadczeń objętych zamówieniem** |
| **1.** |  |

……………………………………

*(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 przed podpisaniem umowy ma prawo zweryfikować informacje podane przez Oferenta. [↑](#footnote-ref-1)