**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 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** |  |

**Zobowiązania Przyjmującego Zamówienie:**

Nawiązując do Ogłoszenia o konkursie ofert na Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie wykonywania zabiegów naczyniowych diagnostycznych i/lub interwencyjnych na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” - 2 Zadania (2 osoby):

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 Konkursy ofert - ust. o działalności leczniczej 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. Posiadam/ Osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia posiada **wykształcenie wyższe medyczne.**
6. Posiadam/ 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.d). 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;**

 Spis załączników:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj dokumentu** | **Dołączono do oferty (zaznaczyć „x”)** |
| **TAK** | **NIE** |
| **1** | Dokument potwierdzający posiadanie prawa zawodu lekarza |  |  |
| **2** | Dokument potwierdzający posiadanie specjalizacji z zakresu radiologii i diagnostyki obrazowej |  |  |
| **3** | Dokument potwierdzający odbywanie specjalizacji z zakresu radiologii i diagnostyki obrazowej |  |  |
| **4** | Certyfikat ze szkolenia w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta |  |  |
| **5** | Wykaz personelu - zał. nr 4.1 do Ogłoszenia - dotyczy podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi (grupowych praktyk lekarskich) i podmiotów leczniczych |  |  |
| **6** | Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy |  |  |
| 7 | Wydruk z RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) nie starszy niż 3 miesiące |  |  |
| **8** | Kopia aktualnej polisy od odpowedzialności cywilnej |  |  |
| **9** | Formularz ofertowy (załącznik nr 3 do Ogłoszenia) |  |  |
| **10** | Formularz cenowy (załącznik nr 4 do Ogłoszenia) |  |  |
| **11** | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5 do Ogłoszenia) |  |  |
| **12** | Inne- wymienić jakie:................................................................................................... |  |  |

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

Podpis Oferenta

**Załącznik nr 4 do Ogłoszenia**

**Udzielający ZamówieniE:**

Instytut "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka", 04-730 Warszawa, Al. Dzieci Polskich 20

**PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE:**

Nazwa/Imię i nazwisko Przyjmującego Zamówienie: ………………………….....………………………………

Adres Przyjmującego Zamówienie: ……………………………………………………......……………………………..

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie wykonywania zabiegów naczyniowych diagnostycznych i/lub interwencyjnych na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” - 2 Zadania**

**Formularz cenowy - Zadanie 1**

**Kryterium: cena (należy uzupełnić):**

**I Operator**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres** | **Oczekiwana liczba świadczeń w trakcie trwania umowy- dla 1 osoby** | **Szacunkowa deklarowana liczba świadczeń w trakcie trwania umowy - nie może być wyższa niż oczekiwana liczba świadczeń oraz nie może wynosić 0** | **Cena jednostkowa za świadczenie PLN** |
| **1** | **2** | **3** | **4** *(Uzupełnia oferent)* | **5***(Uzupełnia Oferent)* |
|  | **GRUPA I –    selektywna dotętnicza chemioterapia siatkówczaków** | 120 |  |  |
|  | **GRUPA II i III –   zabiegi embolizacji śledziony, wątroby oraz zabiegi embolizacji obwodowych malformacji naczyniowych** | 50 |  |  |
|  | **GRUPA IV –  drobne zabiegi naczyniowe, w tym diagnostyczne (np. dokanałowe podanie leków, diagnostyka śmierci mózgowej, angiografie inne)** | 40 |  |  |
|  | **GRUPA V –  plastyka naczyń obwodowych z lub bez użycia stentów** | 20 |  |  |

**II Operator**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres** | **Oczekiwana liczba świadczeń w trakcie trwania umowy- dla 1 osoby** | **Szacunkowa deklarowana liczba świadczeń w trakcie trwania umowy - nie może być wyższa niż oczekiwana liczba świadczeń oraz nie może wynosić 0** | **Cena jednostkowa za świadczenie PLN** |
| **1** | **2** | **3** | **4** *(Uzupełnia oferent)* | **5***(Uzupełnia Oferent)* |
|  | **GRUPA I –    selektywna dotętnicza chemioterapia siatkówczaków** | 120 |  |  |
|  | **GRUPA II i III –   zabiegi embolizacji śledziony, wątroby oraz zabiegi embolizacji obwodowych malformacji naczyniowych** | 50 |  |  |
|  | **GRUPA IV –  drobne zabiegi naczyniowe, w tym diagnostyczne (np. dokanałowe podanie leków, diagnostyka śmierci mózgowej, angiografie inne)** | 40 |  |  |
|  | **GRUPA V –  plastyka naczyń obwodowych z lub bez użycia stentów** | 20 |  |  |

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

**Udzielający Zamówienie informuje, że każda zmiana w Formularzu cenowym będzie skutkowała odrzuceniem oferty.**

**Załącznik nr 4 do Ogłoszenia**

**Udzielający ZamówieniE:**

Instytut "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka", 04-730 Warszawa, Al. Dzieci Polskich 20

**PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE:**

Nazwa/Imię i nazwisko Przyjmującego Zamówienie: ………………………….....………………………………

Adres Przyjmującego Zamówienie: ……………………………………………………......……………………………..

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie wykonywania zabiegów naczyniowych diagnostycznych i/lub interwencyjnych na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” - 2 Zadania**

**Formularz cenowy - Zadanie 2**

**Kryterium: cena (należy uzupełnić):**

**II Operator**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres** | **Oczekiwana liczba świadczeń w trakcie trwania umowy- dla 1 osoby** | **Szacunkowa deklarowana liczba świadczeń w trakcie trwania umowy - nie może być wyższa niż oczekiwana liczba świadczeń oraz nie może wynosić 0** | **Cena jednostkowa za świadczenie PLN** |
| **1** | **2** | **3** | **4** *(Uzupełnia oferent)* | **5***(Uzupełnia Oferent)* |
|  | **GRUPA I –    selektywna dotętnicza chemioterapia siatkówczaków** | 120 |  |  |
|  | **GRUPA II i III –   zabiegi embolizacji śledziony, wątroby oraz zabiegi embolizacji obwodowych malformacji naczyniowych** | 50 |  |  |
|  | **GRUPA IV –  drobne zabiegi naczyniowe, w tym diagnostyczne (np. dokanałowe podanie leków, diagnostyka śmierci mózgowej, angiografie inne)** | 40 |  |  |
|  | **GRUPA V –  plastyka naczyń obwodowych z lub bez użycia stentów** | 20 |  |  |

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

**Udzielający Zamówienie informuje, że każda zmiana w Formularzu cenowym będzie skutkowała odrzuceniem oferty.**

**Załącznik nr 4 do Ogłoszenia**

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie wykonywania zabiegów naczyniowych diagnostycznych i/lub interwencyjnych na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” - 2 Zadania**

**Formularz cenowy - Zadanie 1 i Zadanie 2**

**Kryterium : jakość**

Oświadczenie Oferenta o liczbie wykonanych zabiegów naczyniowych diagnostycznych i/lub interwencyjnych w okresie ostatnich 2 lat :[[1]](#footnote-2)\*:

**(należy** ***wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A. | Oświadczam, że w okresie ostatnich 2 lat wykonałam/em /osoba wyznaczona do udzielania świadczeń będących przedmiotem umowy wykonała mniej niż 10 zabiegów naczyniowych diagnostycznych i/lub interwencyjnych | □ |
| B. | Oświadczam, że w okresie ostatnich 2 lat wykonałam/em /osoba wyznaczona do udzielania świadczeń będących przedmiotem umowy wykonała ponad 10 zabiegów naczyniowych diagnostycznych i/lub interwencyjnych | □ |

*\* W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o liczbie wykonanych zabiegów naczyniowych diagnostycznych i/lub interwencyjnych w okresie ostatnich 2 lat, Udzielający Zamówienia nie przyzna punktów w kryterium jakość.*

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

**Załącznik nr 4.1. do Ogłoszenia**

**Wykaz personelu - dotyczy podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi (grupowych praktyk lekarskich) i podmiotów leczniczych** (*należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X).*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Oferent** | **Jakość** |
|  | **Imię i nazwisko** | Oświadczam, że w okresie ostatnich 2 lat osoba wyznaczona do udzielaniaświadczeń będących przedmiotem umowy wykonała mniej niż 10 zabiegów naczyniowych diagnostycznych i/lub interwencyjnych | Oświadczam, że w okresie ostatnich 2 lat osoba wyznaczona do udzielaniaświadczeń będących przedmiotem umowy wykonała ponad 10 zabiegów naczyniowych diagnostycznych i/lub interwencyjnych |
| ***należy******wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X*** |
| 1. |   |    |   |
| 2. |   |    |   |

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

**Załącznik nr 5 do Ogłoszenia**

**5 A**

**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………………………………..

**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 ………………………………..

1. Udzielający Zamówienia przed podpisaniem umowy ma prawo zweryfikować informacje podane przez Oferenta. [↑](#footnote-ref-2)