**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 medycznego na udzielanie świadczeń zdrowotnych – wykonywanie badań polisomnograficznych prze personel pielęgniarski w Oddziale Otolaryngologii na rzecz pacjentów IPCZD”2 osoby:

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. 1 w załączniku nr 2 do Ogłoszenia są aktualne na dzień składania ofert.
4. Oświadczam, że podczas obowiązywania niniejszej umowy nie będę pozostawał /osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia nie będzie pozostawała w stosunku pracy z Udzielającym Zamówienia
w zakresie pokrywającym się z przedmiotem niniejszego konkursu.
5. Oświadczam, że posiadam **aktualne badania lekarskie** niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych – potwierdzenie spełnienie warunku, o którym mowa w pkt. 1.3. załącznika nr 2 do Ogłoszenia.
6. Oświadczam, że posiadam **min. 1 roczne doświadczenie w pracy w zawodzie pielęgniarski/pielęgniarza**– potwierdzenie spełnienia warunku, o którym mowa w pkt. 1.4. załącznika nr 2 do Ogłoszenia.
7. Oświadczam, że jestem związany ofertą do 30-go dnia od upływu terminu składania ofert.
8. 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 pielęgniarki/pielęgniarza |  |  |
| **2** | Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy |  |  |
| **3** | Wydruk z RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) nie starszy niż 3 miesiące |  |  |
| **4** | Kopia aktualnej polisy od odpowiedzialności cywilnej |  |  |
| **5** | Formularz ofertowy (załącznik nr 3 do Ogłoszenia) |  |  |
| **6** | Formularz cenowy (załącznik nr 4 do Ogłoszenia) |  |  |
| **7** | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5 do Ogłoszenia ) – dotyczy wszystkich oferentów |  |  |
| **8** | Inne- wymienić jakie............................................................................................ |  |  |

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

 Podpis Oferenta

**Załącznik nr 4 do Ogłoszenia**

**FORMULARZ CENOWY**

**KRYTERIUM 1: CENA -** dotyczy wszystkich oferentów *(należy uzupełnić):*

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa świadczenia | Oferowana cena za udział przy jednym badaniu polisomnograficznym w PLN brutto *(wypełnia oferent)* |
|  |
| Wynagrodzenie za udział przy procedurze badania polisomnograficznego | …………...…… PLN Słownie: ................................................................ |

**Kryterium 2: JAKOSĆ-** 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, ale je przedstawi Udzielający Zamówienia uzna, że Oferent posiada wymienione dokumenty i przyzna punkty.*

*\*W przypadku, gdy Oferent wskaże w Formularzu cenowym, że posiada dokumenty potwierdzające posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych, ale ich nie przedstawi, Udzielający Zamówienia wezwie Oferenta do uzupełnienia oferty.*

*\*W przypadku gdy Oferent przedstawi jeden z wymienionych dokumentów Udzielający zamówienia przyzna maksymalną liczbę punktów w kryterium jakość.*

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

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

**Załącznik nr 5 do Ogłoszenia**

**5a**

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych -** dotyczy osób fizycznych, jednoosobowych praktyk pielęgniarskich oraz osób wyznaczonych przez oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem w przypadku grupowych praktyk pielęgniarskich

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………………………………..