**Formularz oferty Załącznik nr 3 do Ogłoszenia**

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w zakresie pełnienia dyżurów telefonicznych oraz konsultacji w miejscu zamieszkania na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” przewlekle wentylowanych mechanicznie w domu – 2 osoby**

**Dane oferenta**

Imię i Nazwisko/Firma………………………………….…………………………………………........................................................

Nazwisko rodowe…………………………………………………..……………………………………………………..........………………………

Imiona rodziców………………………………………………………………………………………………………………........…………………..

Numer PESEL ……………………………………………………………

Seria i numer dowodu osobistego ………………………………wydany przez …………………………………….........……..…….

Adres……………………………………………………………………………………………………………………………...…………..…………………

Adres do korespondencji (jeśli inny niż adres siedziby/zamieszkania):…………………………………....................................................................................................

Telefon:……………………………………… Fax:……………………...........……………………

E-mail:……………………………………….. NIP\*:…………………………………………………

REGON\*: ………………………………………………………………………………………..........

Numer wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (jeśli dotyczy):

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

Numer wpisu do rejestru KRS i organ prowadzący (jeśli dotyczy): …………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Zobowiązania Przyjmującego Zamówienie:**

Nawiązując do Ogłoszenia medycznego na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w zakresie pełnienia dyżurów telefonicznych oraz konsultacji w miejscu zamieszkania na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” przewlekle wentylowanych w domu – 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 6 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 załączniku nr 2 do 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 (niewłaściwe skreślić) **wykształcenie wyższe medyczne.**
6. Posiadam/Osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia posiada(niewłaściwe skreślić) **aktualne badania lekarskie** niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych – potwierdzające spełnienie warunku, o którym mowa w załączniku nr 2 do Ogłoszenia w pkt. 1.4.
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.

…………………………………………………………

(data i 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 anestezjologii i intensywnej terapii |  |  |
| **3** | Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) nie starszy niż 6 miesięcy |  |  |
| **4** | Wydruk z RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą)  nie starszy niż 3 miesiące |  |  |
| **5** | Kopia aktualnej polisy od odpowiedzialności cywilnej |  |  |
| **6** | Formularz ofertowy (załącznik nr 3 do Ogłoszenia) |  |  |
| **7** | Formularz cenowy (załącznik nr 4 do Ogłoszenia) |  |  |
| **8** | Wykaz personelu (załącznik nr 4.1. do Ogłoszenia) - dotyczy grupowych praktyk lekarskich oraz podmiotów leczniczych |  |  |
| **9** | 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 |  |  |
| **10** | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5b do Ogłoszenia)- dotyczy wyłącznie podmiotów leczniczych |  |  |
| **11.** | Inne- wymienić jakie  ............................................................................................ |  |  |

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

Podpis Oferenta

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

**KRYTERIUM a): Cena - dotyczy wszystkich oferentów** *(należy uzupełnić):*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Nazwa świadczenia** | **Liczba miesięcy w czasie trwania umowy** | **Cena świadczenia brutto (PLN)** | **Wartość zamówienia brutto (PLN)** |
| *1* | *2 (Wypełnia oferent)* | *3=1x2 (Wypełnia oferent)* |
|  |
| 1. | Miesięczna stawka wynagrodzenia za udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarskich na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” przewlekle wentylowanych mechanicznie w miejscu ich zamieszkania | 12 |  | A. …………………. PLN |
| 2. | Wyjazd i konsultacja pacjenta do 49 km | 12 |  | B. …………………. PLN |
| 3. | Wyjazd i konsultacja pacjenta  od 50 km do 150 km | 12 |  | C. …………………. PLN |
| 4. | Wyjazd i konsultacja pacjenta  od 150 km do 250 km | 12 |  | D. …………………. PLN |
| 5. | Wyjazd i konsultacja pacjenta  od 250 km do 350 km | 12 |  | E. …………………. PLN |
| 6. | Wyjazd i konsultacja pacjenta  powyżej 350 km | 12 |  | F. …………………. PLN |
|  |  |  | **WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA**  **(A+B+C+D+E+F)** | ……………………. PLN |
|  |  |  |  |  |

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

**KRYTERIUM b) JAKOSĆ- dotyczy osób fizycznych oraz jednoosobowych praktyk lekarskich** (należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X)

Oświadczam, że jest autorem lub współautorem publikacji w czasopismach punktowanych przez Ministerstwo Edukacji i Nauki w zakresie posiadanych specjalizacji w liczbie1,2:

mniej niż 5 publikacji lub ich brak

5 publikacji i więcej

……………………………….

Podpis Oferenta

*1Udzielający zamówienia ma prawo zweryfikować przekazaną informację i zwrócić się do Oferenta o przedstawienie dokumentów potwierdzających publikacje w czasopismach.*

*2.* *W przypadku gry Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o tym, że jest autorem lub współautorem publikacji w czasopismach punktowanych przez Ministerstwo Edukacji i Nauki, Udzielający Zamówienia nie przyzna punktów w kryterium jakość.*

**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).*

**Kryterium b) JAKOŚĆ** **dotyczy podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi (grupowych praktyk lekarskich) i podmiotów leczniczych**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko osoby wskazanej przez Oferenta do realizacji świadczeń objętych zamówieniem** | Oświadczam, że osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia jest autorem lub współautorem publikacji w czasopismach punktowanych przez Ministerstwo Edukacji i Nauki w zakresie posiadanych specjalizacji w liczbie1,2 | |
| **mniej niż 5 publikacji lub ich brak** | **5 publikacji i więcej** |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |

***(podpis Oferenta) ……………………………………***

*1Udzielający zamówienia ma prawo zweryfikować przekazaną informację i zwrócić się do Oferenta o przedstawienie dokumentów potwierdzających publikacje w czasopismach.*

*2.* *W przypadku gry Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o tym, że jest autorem lub współautorem publikacji w czasopismach punktowanych przez Ministerstwo Edukacji i Nauki, Udzielający Zamówienia nie przyzna punktów w kryterium jakość.*

**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 ……………………………….