

..... dnia

[pieczęćka firmowa]

OFERTA

I. DANE WYKONAWCY:

1. Pełna nazwa lub imię i nazwisko (os. fizyczna)
2. Adres (siedziba)
3. Adres do korespondencji (wypełnić jeśli jest inny niż adres siedziby)
4. REGON lub PESEL (os. fizyczna)
6. Telefon (z numerem kierunkowym)
7. Fax (z numerem kierunkowym)
8. E-mail

II. PRZEDMIOT OFERTY:

dotyczy zamówienia publicznego prowadzonego w trybie „przetargu nieograniczonego” przez:
Zakład Zamówień Publicznych przy Ministrze Zdrowia, Al. Jerozolimskie 155, 02-326 Warszawa

znak: ZZZ-40/17 część 1 ÷2 na:

**WYBÓR 1 EKSPERTA POMOCNICZEGO W DZIEDZINIE LECZENIA CHOROÓB SKÓRY
ORAZ
WYBÓR 1 EKSPERTA DS. ZDROWIA PUBLICZNEGO/EPIDEMIOLOGII/EKONOMII ZDROWIA
W DZIEDZINIE CHOROÓB NOSA, ZATOK PRZYNOSOWYCH, UCHA, GARDŁA I KRTANI**



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



III. PODSTAWOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE CENY OFERTY I KRYTERIÓW

CZĘŚĆ 1

1. **Cena oferty** (waga w ocenie ofert : 60 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.1. SIWZ wartość wpisana w kolumnie 3 jest cena ofertową braną pod uwagę przy porównaniu ofert (kryterium nr 1):

NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	CENA ZA UDZIAŁ W JEDNYM SPOTKANIU	CENA CAŁKOWITA BRUTTO PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA (WARTOŚĆ Z KOLUMNY '2' X 21 SPOTKANIA)*
1	2	3
WYBÓR EKSPERTA POMOCNICZEGO W DZIEDZINIE CHOROÓB SKÓRY

* cena brutto wyrażona do 2 miejsc po przecinku

→ VAT: %

Cena całkowita brutto – za całość przedmiotu zamówienia – zgodnie z kolumną Nr 3 - wynosi słownie:

.....

2. **Dyspozycyjność** (waga w ocenie ofert : 20 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.2. SIWZ (kryterium nr 2)

Dyspozycyjność: godzin od momentu wezwania przez Zamawiającego.

3. **Zastępstwo** (waga w ocenie ofert : 15 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.3. SIWZ (kryterium nr 3)

Zastępstwo % spotkań - Wykonawca zobowiązuje się nie przekroczyć tego limitu w przypadku przekazania osobom trzecim czynności powierzonych przez Wykonawcę pierwotnie wskazanym przez niego osobom.

4. **Gotowość do udziału w pracach innej grupy roboczej** (waga w ocenie ofert : 5 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.4. SIWZ (kryterium nr 4)

Udział w spotkaniach innych grup roboczych.

CZĘŚĆ 2

2. **Cena oferty** (waga w ocenie ofert : 60 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.1. SIWZ wartość wpisana w kolumnie 3 jest cena ofertową braną pod uwagę przy porównaniu ofert (kryterium nr 1):

NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA	CENA ZA UDZIAŁ W JEDNYM SPOTKANIU	CENA CAŁKOWITA BRUTTO PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA (WARTOŚĆ Z KOLUMNY '2' X 21 SPOTKANIA)*
1	2	3
WYBÓR EKSPERTA DS. ZDROWIA PUBLICZNEGO/EPIDEMIOLOGII/EKONOMII ZDROWIA W DZIEDZINIE CHOROÓB NOSA, ZATOK PRZYNOSOWYCH, UCHA, GARDŁA I KRTANI

* cena brutto wyrażona do 2 miejsc po przecinku

→ VAT: %

Cena całkowita brutto – za całość przedmiotu zamówienia – zgodnie z kolumną Nr 3 - wynosi słownie:

.....
2. Dyspozycyjność (waga w ocenie ofert : 20 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.2. SIWZ (kryterium nr 2)

Dyspozycyjność: godzin od momentu wezwania przez Zamawiającego.

3 Zastępstwo (waga w ocenie ofert : 15 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.3. SIWZ (kryterium nr 3)

Zastępstwo % spotkań - Wykonawca zobowiązuje się nie przekroczyć tego limitu w przypadku przekazania osobom trzecim czynności powierzonych przez Wykonawcę pierwotnie wskazanym przez niego osobom.

4. Gotowość do udziału w pracach innej grupy roboczej (waga w ocenie ofert : 5 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.4. SIWZ (kryterium nr 4)

Udział w spotkaniach innych grup roboczych.

IV. POTWIERDZENIE SPEŁNIENIA WYMOGÓW SIWZ DOTYCZĄCYCH PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA I OBOWIĄZKÓW WYKONAWCY

1. **Termin realizacji** [Zgodnie z rozdziałem V pkt 2 Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]:
Niniejszym potwierdzam i akceptuję termin i warunki realizacji zamówienia określony w rozdz. V pkt 2 SIWZ.
2. **Warunki płatności** [Zgodnie z rozdziałem V pkt 3 SIWZ]:
Niniejszym potwierdzam i akceptuję warunki płatności określone w rozdz. V pkt 3 SIWZ.
3. **Sposób kalkulacji ceny** [Zgodnie z rozdziałem V pkt 4 SIWZ]:
Niniejszym potwierdzam sposób kalkulacji ceny przedmiotu zamówienia zgodnie z wymogami określonymi w rozdziale V pkt 4 SIWZ.
4. **Obowiązki wykonawcy** [Zgodnie z rozdziałem V pkt 5 SIWZ]:
Niniejszym przyjmuję do wiadomości i wyrażam zgodę na obowiązki Wykonawcy zgodnie z wymogami określonymi w rozdziale V pkt 5 SIWZ.

V. WPLATA WADIUM

[Zgodnie z rozdziałem II Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]

1. **Forma, w jakiej zostało wniesione wadium:**

..... zał. nr

2. **Numer konta, na jakie Zamawiający dokonuje zwrotu wadium:**

.....

VI. OŚWIADCZAM, ŻE ZAPOZNAŁEM SIĘ ZE SPECYFIKACJĄ ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA I POTWIERDZAM SPEŁNIENIE WSZYSTKICH ZAWARTYCH W NIEJ WYMOGÓW

VII. POTWIERDZAM PRZYJĘCIE DO WIADOMOŚCI ORAZ WYRAŻAM ZGODĘ NA WARUNKI I USTALENIA, KTÓRE BĘDĄ WPROWADZONE DO UMOWY

[Zgodnie z załącznikiem do Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]

VIII. CZĘŚCI ZAMÓWIENIA, KTÓRYCH WYKONANIE WYKONAWCA ZAMIERZA POWIERZYĆ PODWYKONAWCOM ORAZ NAZWY (FIRMY) PODWYKONAWCÓW

[zgodnie z art. 36b ustawy P.z.p. / Patrz rozdział V pkt 6 Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]

TAK / NIE *

**niepotrzebne skreślić*

Jeśli **TAK** należy wypełnić

.....

IX. INFORMACJE STANOWIĄCE TAJEMNICĘ PRZEDSIĘBIORSTWA W ROZUMIENIU PRZEPISÓW O ZWALCZANIU NIEUCZLIWEJ KONKURENCJI

[Patrz rozdział I pkt 23 Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]

TAK / NIE *

**niepotrzebne skreślić*

Określenie stron oferty, na której znajduje się tajemnica przedsiębiorstwa

.....

Wskazanie sposobu zabezpieczenia (np. złożenie w osobnej kopercie)

.....

i określenie czego dotyczy :

.....

Wykazanie, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa :

.....

X. OŚWIADCZAM, ŻE WSZYSCY PRACOWNICY WYKONUJĄCY CZYNNOŚCI POLEGAJĄCE NA WYKONYWANIU PRACY W SPOSÓB OKREŚLONY W ART. 22 § 1 USTAWY Z DNIA 26 CZERWCA 1976r. KODEKS PRACY - BĘDĄ ZATRUDNIONI NA UMOWĘ O PRACĘ

[Patrz rozdział V Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]

DOTYCZY/ NIE DOTYCZY *

**niepotrzebne skreślić*

Jeżeli nie dotyczy należy podać uzasadnienie:

.....

.....

XI. POTWIERDZENIE ZGODNOŚCI ZAŁĄCZONYCH KOPII Z ORYGINAŁAMI

Niniejszym oświadczam, iż wszystkie załączone do oferty kopie dokumentów są zgodne z oryginałem.

Ponadto oświadczamy, że:

- jesteśmy związani ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert,
- w przypadku, gdy nasza oferta zostanie uznana za najkorzystniejszą, podpiszemy umowę w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.

_____, dnia ___/___/____ r.

*podpis i pieczętka imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy
lub podpis osoby fizycznej*

WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW DO OFERTY

LP.	WYSZCZEGÓLNIENIE	STRONA OFERTY
1.	Oświadczenie wykonawcy potwierdzające brak podstaw do wykluczenia z postępowania	
2.	Oświadczenie Wykonawcy na temat kwalifikacji i doświadczenia zawodowego Wykonawcy lub kadry kierowniczej Wykonawcy	
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

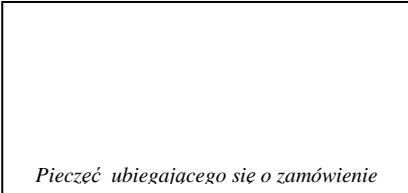
Oferta wraz z załącznikami zawiera łącznie _____ ponumerowanych stron.

_____, dnia ___/___/____ r.

*podpis i pieczętka imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy
lub podpis osoby fizycznej*

ZAŁĄCZNIK NR ... DO OFERTY

POSTĘPOWANIE ZNAK: ZZZP- 40/17 CZ. 1 ÷2
 PROWADZONE W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO PRZEZ
 ZAKŁAD ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH PRZY MINISTRZE ZDROWIA NA :
WYBÓR 1 EKSPERTA POMOCNICZEGO W DZIEDZINIE LECZENIA CHOROÓB SKÓRY
ORAZ WYBÓR 1 EKSPERTA DS. ZDROWIA PUBLICZNEGO/EPIDEMIOLOGII/EKONOMII ZDROWIA W DZIEDZINIE
CHOROÓB NOSA, ZATOK PRZYNOŚOWYCH, UCHA, GARDŁA I KRTANI



Pieczęć ubiegającego się o zamówienie

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

POTWIERDZAJĄCE BRAK PODSTAW DO WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA

- zgodnie z rozdz. IV ust. 1 pkt 1.6.,1.7.,1.8. SIWZ

Ja niżej podpisany [imię nazwisko]: _____

reprezentując firmę [o ile dotyczy]: _____

oświadczam, że wobec ww. wykonawcy/ firmy nie orzeczono tytułem środka zapobiegawczego zakazu ubiegania się o zamówienie publiczne.

_____, dnia ___/___/_____ r.

*podpis i pieczętka imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy
 lub podpis osoby fizycznej*

oświadczam, że ww. wykonawca/ firma w rozumieniu ustawy z dnia 12 stycznia 1991r. o podatkach i opłatach lokalnych nie zalega z opłacaniem podatków i opłat lokalnych.

_____, dnia ___/___/_____ r.

*podpis i pieczętka imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy
 lub podpis osoby fizycznej*

oświadczam, że wobec ww. wykonawcy/ firmy:

- nie wydano prawomocnego wyroku sądu lub ostatecznej decyzji administracyjnej o zaleganiu z uiszczaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne*
- wydano wyrok lub decyzję*

Jeśli tak: Wykonawca zobowiązany jest do przedstawienia dokumentów potwierdzających dokonanie płatności tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami lub informacja o zawarciu wiążącego porozumienia w sprawie spłat tych należności.

**niepotrzebne skreślić*

_____, dnia ___/___/_____ r.

*podpis i pieczętka imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy
 lub podpis osoby fizycznej*

POSTĘPOWANIE ZNAK: ZZZP- 40/17 CZ. 1 ÷2

PROWADZONE W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO PRZEZ

ZAKŁAD ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH PRZY MINISTRZE ZDROWIA NA :

[WYBÓR 1 EKSPERTA POMOCNICZEGO W DZIEDZINIE LECZENIA CHOROÓB SKÓRY](#)[ORAZ WYBÓR 1 EKSPERTA DS. ZDROWIA PUBLICZNEGO/EPIDEMIOLOGII/EKONOMII ZDROWIA W DZIEDZINIE](#)[CHOROÓB NOSA, ZATOK PRZYNOSOWYCH, UCHA, GARDŁA I KRTANI](#)[CZEŚĆ: ...](#)

Pieczęć ubiegającego się o zamówienie

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

NA TEMAT KWALIFIKACJI I DOŚWIADCZENIA ZAWODOWEGO WYKONAWCY

LUB KADRY KIEROWNICZEJ WYKONAWCY - zgodnie z rozdz. IV ust. 2 pkt 2.1. SIWZ

(WYPEŁNIĆ DO KAŻDEJ CZĘŚCI ZAMÓWIENIA OSOBNO)

Imię i nazwisko osoby/eksperta, którym dysponuje lub będzie dysponował Wykonawca i który będzie uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia:			
Sekcja 1: Stopień naukowy/tytuł naukowy:			
1.1. Najwyższy osiągnięty poziom wykształcenia/ tytuł albo stopień naukowy (zaznaczyć jeden):	• doktor	<input type="checkbox"/>	
	• doktor habilitowany	<input type="checkbox"/>	
	• profesor	<input type="checkbox"/>	
1.2. Ukończony kierunek studiów i uczelnia:			
Sekcja 2: Wykształcenie:			
2.1. Specjalizacja lub specjalizacje (jeżeli konieczne – zaznaczyć więcej niż jedno pole)			
anestezjologia i intensywne terapie	tak <input type="checkbox"/>	alergologia	tak <input type="checkbox"/>
audiologia i foniatria	tak <input type="checkbox"/>	balneologia i medycyna fizykalna	tak <input type="checkbox"/>
dermatologia i wenerologia	tak <input type="checkbox"/>	chirurgia dziecięca	tak <input type="checkbox"/>
chirurgia ogólna	tak <input type="checkbox"/>	chirurgia naczyniowa	tak <input type="checkbox"/>
chirurgia onkologiczna	tak <input type="checkbox"/>	chirurgia plastyczna	tak <input type="checkbox"/>
chirurgia stomatologiczna	tak <input type="checkbox"/>	chirurgia szczękowo-twarzowa	tak <input type="checkbox"/>

choroby metaboliczne	tak <input type="checkbox"/>	choroby płuc	tak <input type="checkbox"/>
choroby wewn.	tak <input type="checkbox"/>	choroby zakaźne	tak <input type="checkbox"/>
diabetologia	tak <input type="checkbox"/>	endokrynologia i diabetologia dziecięca	tak <input type="checkbox"/>
epidemiologia	tak <input type="checkbox"/>	Gastroenterologia	tak <input type="checkbox"/>
gastroenterologia dziecięca	tak <input type="checkbox"/>	genetyka kliniczna	tak <input type="checkbox"/>
immunologia	tak <input type="checkbox"/>	Laryngologia	tak <input type="checkbox"/>
medycyna ratunkowa	tak <input type="checkbox"/>	medycyna rodzinna	tak <input type="checkbox"/>
medycyna sportowa	tak <input type="checkbox"/>	mikrobiologia lekarska	tak <input type="checkbox"/>
nefrologia	tak <input type="checkbox"/>	nefrologia dziecięca	tak <input type="checkbox"/>
neonatologia	tak <input type="checkbox"/>	neurochirurgia	tak <input type="checkbox"/>
okulistyka	tak <input type="checkbox"/>	onkologia kliniczna	tak <input type="checkbox"/>
ortopedia i traumatologia narządu ruchu	tak <input type="checkbox"/>	ortodoncja	tak <input type="checkbox"/>
otolaryngologia	tak <input type="checkbox"/>	otolaryngologia dziecięca	tak <input type="checkbox"/>
pediatria	tak <input type="checkbox"/>	pediatria metaboliczna	tak <input type="checkbox"/>
położnictwo i ginekologia	tak <input type="checkbox"/>	proktologia	tak <input type="checkbox"/>
radiologia	tak <input type="checkbox"/>	rehabilitacja medyczna	tak <input type="checkbox"/>
stomatologia dziecięca	tak <input type="checkbox"/>	stomatologia zachowawcza z endodoncją	tak <input type="checkbox"/>
urologia	tak <input type="checkbox"/>	urologia dziecięca	tak <input type="checkbox"/>
Inna (jaka?)	tak <input type="checkbox"/>		
2.2. Co najmniej 4-letnie doświadczenie kliniczne w zakresie danej dziedziny medycyny		tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
2.3. Co najmniej 2-letnie doświadczenie na stanowisku: ordynatora/kierownika oddziału/kierownika kliniki w szpitalu klinicznym, wojewódzkim, lub wojskowym		tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>

1. Osiągnięcia naukowe¹⁾

1.1. Wykaz (ogólny) co najmniej 15 publikacji opublikowanych w czasopismach punktowanych przez MNiSW* (autorstwo lub współautorstwo). Liczbę wierszy i ich wysokość można zwiększać stosownie do potrzeb.

L.p.	Tytuł publikacji	Autor/autorzy	Data publikacji (rok)	Nazwa czasopisma
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				

³⁾ Uwaga, sekcji 3 nie wypełnia się w odniesieniu do eksperta pomocniczego.

14.				
15.				
1.2. Wykaz co najmniej 5 publikacji (spośród wymienionych w poz. 3.1) w zakresie epidemiologii/zdrowia publicznego /ekonomii zdrowia. Liczbę wierszy i ich wysokość można zwiększać stosownie do potrzeb.				
L.p.	Tytuł publikacji	Autor/autorzy	Data publikacji (rok)	Nazwa czasopisma
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
1.3. Wykaz co najmniej 3 publikacji (spośród wymienionych w poz. 3.2) odnoszących się do tematyki leczenia danej grupy chorób albo problemu medycznego, któremu dedykowana jest dana grupa robocza, w której pracach ekspert uczestniczy. Liczbę wierszy i ich wysokość można zwiększać stosownie do potrzeb.				
L.p.	Tytuł publikacji	Autor/autorzy	Data publikacji (rok)	Nazwa czasopisma
1.				
2.				
3.				

* Poprzez zawarcie danych pozycji piśmienniczych w powyższym wyszczególnieniu Wykonawca oświadcza, że są one punktowane przez MNiSW.

OŚWIADCZAM, ŻE WSZYSTKIE POWYŻSZE INFORMACJE SĄ PRAWDZIWE.

_____, dnia ____/____/____ r.

*podpis i pieczęćka imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy
lub podpis osoby fizycznej*