

..... dnia .....

[pieczęćka firmowa]

## OFERTA

### I. DANE WYKONAWCY:

1. Pełna nazwa .....
- .....
2. Przedstawiciel producenta\* .....
- .....
3. Adres i siedziba [kod, miejscowość, ulica, powiat, województwo]  
.....  
.....
4. Adres do korespondencji [wypełnić jeśli jest inny niż adres siedziby]  
.....  
.....
5. REGON .....
6. Telefon [z numerem kierunkowym] .....
7. Faks [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-89/17 na:

**WYBÓR 2 EKSPERTÓW POMOCNICZYCH W DZIEDZINIE LECZENIA CHORÓB ZAKAŻNYCH -  
 WIRUSOWEGO ZAPALENIA WĄTROBY**

**ORAZ**

**WYBÓR 2 EKSPERTÓW POMOCNICZYCH W DZIEDZINIE LECZENIA CHORÓB ZAKAŻNYCH (Z  
 WYŁĄCZENIEM HIV I WZW) ORAZ**

**WYBÓR 1 EKSPERTA DS. ZDROWIA PUBLICZNEGO/EPIDEMIOLOGII/EKONOMII ZDROWIA W  
 DZIEDZINIE LECZENIA CHORÓB ZAKAŻNYCH (Z WYŁĄCZENIEM HIV I WZW)**

**CZĘŚCI:....., .....**

(należy podać wszystkie numery części, na które Wykonawca składa ofertę i wypełnić właściwe tabele cenowe - pkt III)

PROJEKT WSPÓLFINANSOWANY PRZEZ UNIĘ EUROPEJSKĄ ZE ŚRODKÓW EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO  
 W RAMACH PROGRAMU OPERACYJNEGO WIEDZA EDUKACJA ROZWÓJ



UNIA EUROPEJSKA  
 EUROPEJSKI  
 FUNDUSZ SPOŁECZNY



\* wypełnić fakultatywnie

## 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 W PLN | CENA CAŁKOWITA BRUTTO PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA W PLN (WARTOŚĆ Z KOLUMNY NR 2 X 16 SPOTKAŃ)* |
|--|---|--|
| 1  | 2                                       | 3  |
| WYBÓR EKSPERTA POMOCNICZEGO W DZIEDZINIE<br>WZW- EKSPERT 1 | .....                                   | .....  |

\* 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 od momentu wezwania przez Zamawiającego: ..... godzin (należy podać do pełnej godziny).

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 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

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 W PLN | CENA CAŁKOWITA BRUTTO PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA W PLN (WARTOŚĆ Z KOLUMNY NR 2 X 16 SPOTKAŃ)* |
|--|---|--|
| 1  | 2                                       | 3  |
| WYBÓR EKSPERTA POMOCNICZEGO W DZIEDZINIE<br>WZW- EKSPERT 2 | .....                                   | .....  |

\* 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 od momentu wezwania przez Zamawiającego: ..... godzin (należy podać do pełnej godziny).

**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 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 3

**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 ceną ofertową braną pod uwagę przy porównaniu ofert (kryterium nr 1):

| NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA  | CENA ZA UDZIAŁ W JEDNYM SPOTKANIU W PLN | CENA CAŁKOWITA BRUTTO PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA W PLN (WARTOŚĆ Z KOLUMNY NR 2 x 16 SPOTKAŃ)* |
|--|---|--|
| 1  | 2                                       | 3  |
| WYBÓR EKSPERTA POMOCNICZEGO W DZIEDZINIE<br>LECZENIA CHOROBY ZAKAŻNYCH ( Z WYŁĄCZENIEM HIV I<br>WZW) – EKSPERT 1 | .....                                   | .....  |

\* 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 od momentu wezwania przez Zamawiającego: ..... godzin (należy podać do pełnej godziny).

**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 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 4

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 W PLN | CENA CAŁKOWITA BRUTTO PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA W PLN (WARTOŚĆ Z KOLUMNY NR 2 X 16 SPOTKAŃ)* |
|--|---|--|
| 1  | 2                                       | 3  |
| WYBÓR EKSPERTA POMOCNICZEGO W DZIEDZINIE LECZENIA CHOROÓB ZAKAŻNYCH ( Z WYŁĄCZENIEM HIV I WZW) – EKSPERT 2 | .....                                   | .....  |

\* 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 od momentu wezwania przez Zamawiającego: ..... godzin (należy podać do pełnej godziny).

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 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 5

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 W PLN | CENA CAŁKOWITA BRUTTO PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA W PLN (WARTOŚĆ Z KOLUMNY NR 2 X 16 SPOTKAŃ)* |
|--|---|--|
| 1  | 2                                       | 3  |
| WYBÓR EKSPERTA DS. ZDROWIA PUBLICZNEGO/EPIDEMIOLOGII/EKONOMII ZDROWIA W DZIEDZINIE LECZENIA CHOROÓB ZAKAŻNYCH ( Z WYŁĄCZENIEM HIV I WZW) | .....                                   | .....  |

\* 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 od momentu wezwania przez Zamawiającego: ..... godzin** (należy podać do pełnej godziny).

**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 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 SIWZ]:  
Niniejszym potwierdzam i akceptuję terminy i warunki realizacji zamówienia określone 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 ]

**CZĘŚCI:....., .....**

(należy podać wszystkie numery części, na które Wykonawca wnosi wadium)

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

..... zal. nr .....

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

.....

(wypełnia się w przypadku wniesienia wadium w pieniądzu)

#### 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**

[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 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.

Oferta wraz z załącznikami zawiera łącznie \_\_\_\_\_ ponumerowanych stron.

Ponadto oświadczamy, że:

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

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ r.

\_\_\_\_\_  
*podpis i pieczęć imienna  
osoby upoważnionej do reprezentowania firm*

| LP. | WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW DO OFERTY  | STRONA OFERTY |
|-----|--|---------------|
| 1.  | Oświadczenie wykonawcy potwierdzające brak podstaw do wykluczenia z postępowania |               |
| 2.  | Oświadczenie wykonawcy na temat kwalifikacji i doświadczenia                     |               |
| ... |  |               |
| ... |  |               |
| ... |  |               |
|     |  |               |
|     |  |               |
|     |  |               |
|     |  |               |

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 1 DO OFERTY**

POSTĘPOWANIE ZNAK: **ZZP- 89/17**

PROWADZONE W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO PRZEZ  
ZAKŁAD ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH PRZY MINISTRZE ZDROWIA NA :

WYBÓR 2 EKSPERTÓW POMOCNICZYCH W DZIEDZINIE LECZENIA CHOROÓB  
ZAKAŻNYCH -WIRUSOWEGO ZAPALENIA WĄTROBY ORAZ WYBÓR 2 EKSPERTÓW POMOCNICZYCH W DZIEDZINIE  
LECZENIA CHOROÓB ZAKAŻNYCH ( Z WYŁĄCZENIEM HIV I WZW) ORAZ WYBÓR 1 EKSPERTA DS. ZDROWIA  
PUBLICZNEGO/EPIDEMIOLOGII/EKONOMII ZDROWIA W DZIEDZINIE LECZENIA CHOROÓB ZAKAŻNYCH ( Z  
WYŁĄCZENIEM HIV I WZW) CZEŚCI:.....

*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 1991 r. 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*



## ZAŁĄCZNIK NR 2 DO OFERTY

POSTĘPOWANIE ZNAK: ZZZP-89/17

PROWADZONE W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO PRZEZ

ZAKŁAD ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH PRZY MINISTRZE ZDROWIA NA :

WYBÓR 2 EKSPERTÓW POMOCNICZYCH W DZIEDZINIE LECZENIA CHORÓBZAKAŻNYCH -WIRUSOWEGO ZAPALENIA WĄTROBY ORAZ WYBÓR 2 EKSPERTÓW POMOCNICZYCH W DZIEDZINIELECZENIA CHORÓB ZAKAŻNYCH (Z WYŁĄCZENIEM HIV I WZW) ORAZ WYBÓR 1 EKSPERTA DS. ZDROWIAPUBLICZNEGO/EPIDEMIOLOGII/EKONOMII ZDROWIA W DZIEDZINIE LECZENIA CHORÓB ZAKAŻNYCH (ZWYŁĄCZENIEM HIV I WZW) CZĘŚCI:.....

Pieczęć ubiegającego się o zamówienie

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**NA TEMAT KWALIFIKACJI I DOŚWIADCZENIA ZAWODOWEGO WYKONAWCY  
LUB KADRY KIEROWNICZEJ WYKONAWCY

|  |                              |                                  |                              |
|--|------------------------------|----------------------------------|------------------------------|
| Imię i nazwisko osoby/eksperta, którym dysponuje lub będzie dysponował Wykonawca i który będzie uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia: |                              |                                  |                              |
| <b>Sekcja 1: Stopień naukowy/tytuł naukowy:</b>  |                              |                                  |                              |
| 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:  |                              |                                  |                              |
| <b>Sekcja 2: Wykształcenie:</b>  |                              |                                  |                              |
| 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"/> |                  |
| <b>Sekcja 3: Osiągnięcia naukowe<sup>1)</sup></b>  |                              |   |                              |                  |
| 3.1. Wykaz (ogólny) co najmniej 15 publikacji opublikowanych w czasopiśmie 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 |

<sup>1)</sup> Uwaga, sekcji 3 nie wypełnia się w odniesieniu do eksperta pomocniczego.

| 1.   |                  |               |                       |                  |
|--|------------------|---------------|-----------------------|------------------|
| 2.   |                  |               |                       |                  |
| 3.   |                  |               |                       |                  |
| 4.   |                  |               |                       |                  |
| 5.   |                  |               |                       |                  |
| 6.   |                  |               |                       |                  |
| 7.   |                  |               |                       |                  |
| 8.   |                  |               |                       |                  |
| 9.   |                  |               |                       |                  |
| 10.  |                  |               |                       |                  |
| 11.  |                  |               |                       |                  |
| 12.  |                  |               |                       |                  |
| 13.  |                  |               |                       |                  |
| 14.  |                  |               |                       |                  |
| 15.  |                  |               |                       |                  |
| 3.2. 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.   |                  |               |                       |                  |
| 3.3 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 pieczętka imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy  
lub podpis osoby fizycznej*