

..... 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-41/17 część 1 ÷4 na:

**WYBÓR 1 EKSPERTA POMOCNICZEGO W DZIEDZINIE LECZENIA NOWOTWORÓW UKŁADU  
 KRWIOTWÓRCZEGO I CHŁONNEGO ORAZ**

**WYBÓR 1 EKSPERTA DS. ZDROWIA PUBLICZNEGO/EPIDEMIOLOGII/EKONOMII ZDROWIA W  
 DZIEDZINIE LECZENIA NOWOTWORÓW UKŁADU KRWIOTWÓRCZEGO I CHŁONNEGO  
 ORAZ**

**WYBÓR 1 EKSPERTA POMOCNICZEGO W DZIEDZINIE LECZENIA CHORÓB KRWI I UKŁADU  
 ODPORNOŚCIOWEGO ORAZ**

**WYBÓR 1 EKSPERTA DS. ZDROWIA PUBLICZNEGO/EPIDEMIOLOGII/EKONOMII ZDROWIA W  
 DZIEDZINIE LECZENIA CHORÓB KRWI I UKŁADU ODPORNOŚCIOWEGO; CZĘŚCI 1 ÷4**



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 9 SPOTKAŃ)*
1	2	3
WYBÓR EKSPERTA POMOCNICZEGO W DZIEDZINIE LECZENIA NOWOTWORÓW UKŁADU KRWIOTWÓRCZEGO I CHŁONNEGO	.....	.....

\* 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 9 SPOTKAŃ)*
1	2	3
WYBÓR EKSPERTA DS. ZDROWIA PUBLICZNEGO/EPIDEMIOLOGII/EKONOMII ZDROWIA W DZIEDZINIE LECZENIA NOWOTWORÓW UKŁADU KRWIOTWÓRCZEGO I CHŁONNEGO	.....	.....

\* 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 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	CENA CAŁKOWITA BRUTTO PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA (WARTOŚĆ Z KOLUMNY '2' X 9 SPOTKAŃ)*
1	2	3
<b>WYBÓR EKSPERTA POMOCNICZEGO W DZIEDZINIE LECZENIA CHOROÓB KRWI I UKŁADU ODPORNOŚCIOWEGO</b>	.....	.....

\* 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.

## CZEŚĆ 4

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 ofertowa 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 9 SPOTKAŃ)*
1	2	3
<p style="text-align: center;"><b>WYBÓR EKSPERTA DS. ZDROWIA PUBLICZNEGO/EPIDEMIOLOGII/EKONOMII ZDROWIA W DZIEDZINIE LECZENIA CHOROÓB KRWI I UKŁADU ODPORNOŚCIOWEGO</b></p>	.....	.....

\* 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

- 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.
- Warunki płatności** [Zgodnie z rozdziałem V pkt 3 SIWZ]:  
Niniejszym potwierdzam i akceptuję warunki płatności określone w rozdz. V pkt 3 SIWZ.
- 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.
- 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:**

..... zal. 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: ZZZ- 41/17 CZ. 1 ÷4

PROWADZONE W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO PRZEZ

ZAKŁAD ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH PRZY MINISTRZE ZDROWIA NA :

WYBÓR 1 EKSPERTA POMOCNICZEGO W DZIEDZINIE LECZENIA NOWOTWORÓW

UKŁADU KRWIOTWÓRCZEGO I CHŁONNEGO ORAZ WYBÓR 1 EKSPERTA DS. ZDROWIA PUBLICZNEGO/ EPIDEMIOLOGII/EKONOMII

ZDROWIA W DZIEDZINIE LECZENIA NOWOTWORÓW UKŁADU KRWIOTWÓRCZEGO I CHŁONNEGO ORAZ WYBÓR 1 EKSPERTA

POMOCNICZEGO W DZIEDZINIE LECZENIA CHORÓB KRWI I UKŁADU ODPORNOŚCIOWEGO ORAZ WYBÓR 1 EKSPERTA DS. ZDROWIA

PUBLICZNEGO /EPIDEMIOLOGII/EKONOMII ZDROWIA W DZIEDZINIE LECZENIA CHORÓB KRWI I UKŁADU ODPORNOŚCIOWEGO

CZĘŚĆ: .....

Pieczeń 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*



## ZAŁĄCZNIK NR ... DO OFERTY

POSTĘPOWANIE ZNAK: ZZZ- 41/17 CZ. 1 ÷4

PROWADZONE W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO PRZEZ

ZAKŁAD ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH PRZY MINISTRZE ZDROWIA NA :

WYBÓR 1 EKSPERTA POMOCNICZEGO W DZIEDZINIE LECZENIA NOWOTWORÓW

UKŁADU KRWIOTWÓRCZEGO I CHŁONNEGO ORAZ WYBÓR 1 EKSPERTA DS. ZDROWIA PUBLICZNEGO/ EPIDEMIOLOGII/EKONOMII

ZDROWIA W DZIEDZINIE LECZENIA NOWOTWORÓW UKŁADU KRWIOTWÓRCZEGO I CHŁONNEGO ORAZ WYBÓR 1 EKSPERTA

POMOCNICZEGO W DZIEDZINIE LECZENIA CHOROÓB KRWI I UKŁADU ODPORNOŚCIOWEGO ORAZ WYBÓR 1 EKSPERTA DS. ZDROWIA

PUBLICZNEGO /EPIDEMIOLOGII/EKONOMII ZDROWIA W DZIEDZINIE LECZENIA CHOROÓB KRWI I UKŁADU ODPORNOŚCIOWEGO

CZĘŚĆ: .....

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:			
<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 leczenie	tak <input type="checkbox"/>	alergologia	tak <input type="checkbox"/>
audiologia i foniatryka	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 naukowe<sup>1)</sup>**

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.				

<sup>3)</sup> 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*