

_____, dnia _____

Pieczęć Oferenta

SPZOZ Wojewódzki Ośrodek Terapii
Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia
w Stanominie
78-217 Stanomino 5

Formularz Ofertowy

Na świadczenia usług psychoterapeutycznych w zakresie specjalisty psychoterapii / terapii uzależnień w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej, dla osób uzależnionych i ich rodzin będących pacjentami Poradni Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Świdwinie

A. Dane oferenta:

1. Nazwisko i imię lub nazwa praktyki/firmy ^{1,2}
2. Siedziba praktyki/firmy (adres):.....
3. Nr i miejsce wpisu w ewidencji działalności gospodarczej lub innym właściwym rejestrze
4. NIP
5. Regon
6. Telefon kontaktowy.....
7. Email.....

B. Określenie rodzaju i zakresu świadczeń będących przedmiotem oferty:

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

C. Imienny wykaz osób będących udzielać danego zakresu świadczeń zdrowotnych ^{2,3}:

1. Nazwisko
2. Imiona
3. Nazwa uczelni / szkoły i kierunek ukończonych studiów / szkoły oraz nr dyplomu:
.....
.....
4. Wykonywany zawód.....

1. W zależności od rodzaju prowadzonej działalności.

2. W miejscach, które nie dotyczą Oferenta należy wpisać „n/d”.

3. Część C należy zwielokrotnić zgodnie z oferowaną liczbą osób.

5. Numer prawa wykonywania zawodu ⁴:

6. Telefon kontaktowy.....

7. Email.....

8. Posiadana specjalizacja:

a) dziedzina specjalizacji

I. stopień specjalizacji

II. nr dyplom

b) w trakcie specjalizacji.....

I. dziedzina specjalizacji

II. dziedzina specjalizacji

9. Posiadane dodatkowe umiejętności i kwalifikacje (kursy, szkolenia potwierdzone zaświadczeniem / certyfikatem lub innym dokumentem)

.....

.....

D. Oferta:

1. w zakresie kryterium ceny:

..... zł brutto (słownie:)

za 1 godzinę realizowania świadczenia zdrowotnego (wykonane usługi) w zakresie złożonej oferty;

2. w zakresie kryterium jakości wskazuję kwalifikacje opisane w części C;

3. w zakresie dostępności zgłaszam gotowość do udzielania świadczeń (wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X” na wykropkowanym polu):

do 3 dni w jednym tygodniu

cztery dni w jednym tygodniu

co najmniej 5 dni w tygodniu

E. Oświadczenie Oferenta zgodne ze wzorem stanowiącym Załącznik nr 1 do Formularza Ofertowego (należy załączyć do formularza ofertowego).

F. Do Formularza Ofertowego załączam:

1. kopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje:

1) dyplom ukończenia studiów medycznych,

2) dyplom specjalizacji,

3) karta szkolenia specjalizacyjnego,

4) prawo wykonywania zawodu,

5) dokumenty potwierdzające uzyskane kwalifikacje (dyplom specjalizacji, certyfikaty, zaświadczenia ukończenia kursów specjalizacyjnych, kwalifikacyjnych oraz inne dokumenty potwierdzające uzyskane kompetencje),

4. Oferenci niebędący lekarzami lub pielęgniarkami podają nr certyfikatu PARPA lub Zaświadczenia KBPN.

5. Należy zwielokrotnić odpowiednio do zwielokrotnionej części C.

- 6) kopie dokumentów rejestracyjnych:
 - a) wypisu z właściwego rejestru Okręgowej Izby Lekarskiej - na podstawie art. 18 lub 19 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej,
 - b) zaświadczenie o dokonaniu wpisu do ewidencji działalności gospodarczej lub innego właściwego rejestru,
 - c) zaświadczenie o nadaniu numeru Regon,
 - d) zaświadczenie o nadaniu numeru NIP;
- 7) kopię polisy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami, lub oświadczenie, że oferent wykupi taką polisę i dostarczy ją najpóźniej w dniu podpisania umowy,
- 8) kopie zaświadczenia o braku przeciwwskazań do udzielania świadczeń zdrowotnych wydane przez lekarza medycyny pracy,
- 9) zaświadczenie o przebytych szkoleniach BHP,
- 10) nr rachunku bankowego zgodnie ze wzorem w załączniku nr 2 do *Formularza Ofertowego*,
- 11) oryginał pełnomocnictwa w przypadku o którym mowa w § 5 ust. 9 *Szczegółowych warunków Konkursu Ofert*,
- 12) wzór podpisu paraf osoby podpisującej formularz ofertowy i ofertę - stanowiący załącznik nr 3 do *Formularza Ofertowego*,
- 13) Oświadczenie Oferenta (Klauzula zgody na przetwarzanie danych osobowych), który udzielać będzie świadczeń zdrowotnych, że wyraża zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych wyłącznie dla celów realizacji umowy stanowiący załącznik nr 4 do *Formularza Ofertowego*.

Podpis Oferenta