

FORMULARZ OFERTOWY

na udzielanie świadczeń specjalisty terapii uzależnień w poradni terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia /PTU/ wraz z koordynacją funkcjonowania PTU

1. Oświadczam, że zapoznałem (am) się z treścią ogłoszenia z dnia 14.03.2024 roku dotyczącego konkursu na udzielanie świadczeń specjalisty terapii uzależnień w poradni terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia /PTU/ wraz z koordynacją funkcjonowania PTU oraz z Regulaminem udzielania zamówień na realizację świadczeń zdrowotnych.

....., dnia
(miejsowość) (czytelny podpis)

.....
(Pełna nazwa oferenta – zgodna z właściwym rejestrem)

.....
(Adres prowadzenia działalności)

.....
(Numer wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu)

.....
(NIP, REGON, numer telefonu, numer prawa wykonywania zawodu)

2. Usługi będę świadczył (a):

- a) w lokalu Udzielającego zamówienia, tj. Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Dobrym Mieście, ul. Grunwaldzka 10B.
- b) korzystając ze sprzętu i aparatury medycznej Udzielającego zamówienia w zakresie niezbędnym do świadczenia zamówionych usług medycznych.
- c) osobiście, posiadam ku temu niezbędne kwalifikacje zawodowe.

3. W załączeniu przedstawiam n/w dokumenty:

- a) kserokopię dokumentów potwierdzających kwalifikacje specjalisty psychoterapii uzależnień;
- b) kserokopię dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe (posiadane tytuły, stopnie naukowe, kursy, uprawnienia, certyfikaty)
- c) kserokopię zaświadczenia o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
- d) zaświadczenie lekarskie o zdolności do wykonywania świadczeń zdrowotnych;
- e) kserokopię decyzji o nadaniu numeru NIP;
- f) kserokopia wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej z numerem Regon;
- g) zaświadczenie o szkoleniu z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy w zakresie odpowiednim do rodzaju wykonywanych usług.

Oświadczam*, że w/w dokumenty zostały złożone do Udzielającego zamówienia w poprzednich postępowaniach konkursowych i zachowują swoją aktualność.



4. Proponuję:

- a) zł brutto – ryczałt miesięczny za wykonywanie godzin tygodniowo usług specjalisty psychoterapii uzależnień, wraz z koordynowaniem funkcjonowania PTU.
- b) zł brutto – ryczałt miesięczny za wykonywanie godzin tygodniowo usług specjalisty psychoterapii uzależnień.
- c) zł brutto za punkt rozliczeniowy, za świadczenie usług specjalisty psychoterapii uzależnień w PTU.
- d) zł brutto – ryczałt miesięczny, za koordynowanie funkcjonowania PTU.

Deklarowana miesięczna liczba punktów rozliczeniowych do realizacji w PTU

Proponuję następujący harmonogram udzielania świadczeń:

- | | | |
|----------------|---------------|---------------|
| – poniedziałek | od godz. | do godz. |
| – wtorek | od godz. | do godz. |
| – środa | od godz. | do godz. |
| – czwartek | od godz. | do godz. |
| – piątek | od godz. | do godz. |

5. Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej:

- a) Dołączam* kserokopię dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, zgodnej z art. 25 ust.1 pkt. 1) ustawy o działalności leczniczej, w okresie obowiązywania umowy.
- b) Oświadczam*, że w przypadku wyboru niniejszej oferty przedstawię polisę, o której mowa w pkt. a) do dnia 31.03.2024 roku.

Oświadczam, że wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w ofercie dla potrzeb niezbędnych do realizacji postępowania konkursowego zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1781).

....., dnia.....
(miejscowość)

.....
(czytelny podpis)

* niewłaściwe skreślić