

3. Dane osoby udzielającej wybranego zakresu świadczeń:

1. Imię i Nazwisko:.....
nazwa uczelni i numer dyplomu ukończenia studiów wyższych.....
.....
wykonywany zawód
numer prawa wykonywania zawoduprzez kogo wydany.....
stopień specjalizacji

CZĘŚĆ II.

DANE OFERTOWE PODLEGAJĄCE OCENIE PUNKTOWEJ*

4. Kwalifikacje zawodowe osoby udzielającej wybrany zakres świadczeń

- ukończona specjalizacja w dziedzinie psychiatrii
- rozpoczęta specjalizacja w dziedzinie psychiatrii

* właściwe podkreślić

5. Proponowana ilość dni i godzin pracy w tygodniu*

_____ dni	_____ godzin
-----------	--------------

* wpisać ilość godzin

6. Proponowany czas trwania umowy*.

- 12 miesięcy
- 36 miesiące

* właściwe oznaczyć

7. Staż pracy osoby udzielającej wybrany zakres świadczeń w realizacji programów psychoterapii uzależnienia i współuzależnienia:

1. 8 lat pracy w psychiatrii, w tym 3 lata w leczeniu odwykowym
2. 7 lat pracy w psychiatrii, w tym 2 lata w leczeniu odwykowym
3. 6 lat pracy w psychiatrii, w tym 1 lata w leczeniu odwykowym
4. 5 lat pracy w psychiatrii, w tym 1 lata w leczeniu odwykowym

* właściwe podkreślić.

UWAGA:

Jeżeli Oferent dokumentując staż pracy nie znajduje odpowiedniego kryterium, należy je opisać poniżej, zachowując przyjętą formę. Np. Dla osoby nie mieszczącej się w/w kryteriach piszemy, itp.

15 lat pracy w psychiatrii, w tym 5 w leczeniu odwykowym
4 lata pracy w psychiatrii, w tym mniej niż 1 rok w leczeniu odwykowym

8. Opis preferowanych metod postępowania psychiatrycznego w terapii zespołu uzależnienia od alkoholu w opiece ambulatoryjnej:

Do niniejszej oferty załączam:

1. Kserokopię dyplomu ukończenia studiów wyższych
2. Kserokopię zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu
3. Kserokopię dyplomów specjalizacyjnych
4. Kserokopię zezwolenia na wykonywanie indywidualnej praktyki lekarskiej
5. Kserokopię zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej.
6. Kserokopię zaświadczenia o nadaniu nr REGON
7. Kserokopię zaświadczenia o nadaniu NIP
8. Kserokopię zaświadczeń o posiadaniu dodatkowych kwalifikacji i uprawnień – dotyczy sytuacji, w której oferent ma takie kwalifikacje lub uprawnienia i podkreślił właściwe w polu nr 9 formularza ofertowego
9. Kserokopię polisy OC

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów ogłoszonego konkursu ofert zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 roku. (Dz.U. Nr 133 poz. 883 z późn.zm.)

pieczęć i podpis Oferenta

WYPEŁNIONY FORMULARZ OFERTOWY WRAZ Z ZAŁĄCZNIKAMI NALEŻY ZŁOŻYĆ W ZAKLEJONEJ I OZNAKOWANEJ KOPERCIE w sekretariacie SP ZOZ WOTUW w Stanominie – w nieprzekraczalnym terminie do 03 lutego 2012 roku do godz. 12.00.

Przychodnia Białogard – konkurs ofert