

3.. Dane osoby udzielającej wybrany zakres świadczeń:

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

* - dla osób nie będących lekarzami należy wpisać dane z certyfikatu lub zaświadczenia dyrektora PARPA

** - dotyczy lekarzy i psychologów

CZĘŚĆ II.

DANE OFERTOWE PODLEGAJĄCE OCENIE PUNKTOWEJ*

4. Kwalifikacje zawodowe osoby udzielającej wybrany zakres świadczeń *

- certyfikat PARPA;
- status osoby uczestniczącej w procesie potwierdzania kwalifikacji zawodowych.
- staż kliniczny
- superwizja kliniczna

* właściwe podkreślić

5. Proponowana ilość godzin pracy w miesiącu w przeliczeniu na jednego pracownika *

_____ godzin

* wpisać ilość godzin

6. Proponowany czas trwania umowy*.

12 miesięcy

36 miesiące

* właściwe oznaczyć

7. Proponowana ilość dni pracy w tygodniu w przeliczeniu na jednego pracownika*

	2 dni w tygodniu a w tym 2 x do godziny 19,00**
	2 dni w tygodniu a w tym 1 x do godziny 19,00
	1 dzień w tygodniu do godziny 19,00

* właściwe oznaczyć znakiem **X** i wypełnić / ** do godz. 19.00 oznacza prace w godzinach popołudniowych.
W przypadku innej, proponowanej ilości dni pracy wpisać swoją propozycję.

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

1. 9 lat pracy w odwyku, w tym 5 lata jako certyfikowany specjalista
2. 8 lat pracy w odwyku, w tym 4 lata jako certyfikowany specjalista

10. Dodatkowe kwalifikacje i uprawnienia*

Psycholog kliniczny
Psycholog bez specjalizacji
Superwizor psychoterapii PTP lub PARPA
Superwizor treningu psychologicznego PTP
Trener treningu psychologicznego PTP
Psychoterapeuta PTP
Nie posiada

* *właściwe podkreślić*

11. Proponowana kwota brutto należności za 1 godzinę realizacji zamówienia - udzielania danego

zakresu świadczeń zdrowotnychsłownie:.....

12. Do formularza ofertowego jako jego integralnej części dołączam oświadczenia dotyczące:

- zapoznania się z treścią ogłoszenia konkursowego, regulaminu konkursu ofert i szczegółowych warunków konkursu,
- niekaralności osób wykonujących świadczenia zdrowotne objęte umową,
- spełniania wszystkich wymagań zawartych w Warunkach Szczegółowych Konkursu oraz zobowiązania do ich przestrzegania podczas realizacji umowy,
- samodzielnego rozliczania się z Urzędem Skarbowym i ZUS-em

..... dnia
miejsceowość

pieczęć i podpis Oferenta

Do niniejszej oferty załączam:

1. Kserokopię dyplomu ukończenia studiów wyższych
2. Kserokopie dyplomów specjalizacyjnych
3. Kserokopię zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej.
4. Kserokopię zaświadczenia o nadaniu nr REGON
5. Kserokopię zaświadczenia o nadaniu NIP
6. Kserokopie zaświadczeń o posiadaniu dodatkowych kwalifikacji i uprawnień – dotyczy sytuacji, w której oferent ma takie kwalifikacje lub uprawnienia i podkreślił właściwe w polu nr 10 formularza ofertowego
7. 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