

_____, dnia _____

Pieczęć Oferenta

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

Formularz Ofertowy

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 Kołobrzegu

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^{2i 3}:

- 1) Nazwisko
- 2) Imiona
- 3) nazwa uczelni i numer dyplomu ukończenia studiów wyższych:
- 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 zawodu⁴
- 6) NIP
- 7) Regon
- 8) Telefon kontaktowy
- 9) Email
- 10) Tytuł zawodowy
- 11) Nazwa uczelni/szkoły i kierunek ukończonych studiów/szkoły oraz Nr dyplomu uczelni/szkoły
- 12) Posiadana specjalizacja:
 - a) dziedzina specjalizacji
 - i. stopień specjalizacji
 - ii. nr dyplomu
 - b) w trakcie specjalizacji
 - i. dziedzina specjalizacji
 - ii. dziedzina specjalizacji
- 13) Posiadane dodatkowe umiejętności i kwalifikacje (kursy, szkolenia potwierdzone zaświadczeniem / certyfikatem lub innym dokumentem)

D. Oferta⁵:

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:⁶

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 zaznaczyć właściwe

- 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