

## FORMULARZ OFERTY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

### 1. Dane oferenta

A. Podmiot wykonujący działalność leczniczą;

Nazwa i siedziba.....

Nazwa rejestru..... nr.....

NIP .....

B. Nr prawa wykonywania zawodu.....

C. Kwalifikacje:.....

D. Specjalizacja: .....

E. Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

1) Udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom w Wojewódzkim Ośrodku Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia w Opolu, Opole ul Głogowska 25 b w Oddziale Dziennym Terapii Uzależnienia od Alkoholu przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii lub lekarza, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii w zakresie:

- a) badania i diagnozy pacjenta podczas przyjęcia pacjenta na Oddział,
- b) udzielania konsultacji w trakcie pobytu, wydawania zaświadczeń i innych dokumentów, w tym wystawienie ZUS ZLA
- c) wypisu pacjenta.

Proponowana stawka od 1 pacjenta po zakończeniu hospitalizacji .....zł

2) Udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom w Wojewódzkim Ośrodku Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia w Opolu, Opole ul Głogowska 25 b w Oddziale Dziennym Terapii Uzależnienia od Alkoholu przez specjalistę psychoterapii uzależnień, osobę posiadającą status osoby uczestniczącej w programie szkoleniowym dla specjalisty psychoterapii uzależnień potwierdzony odpowiednim zaświadczeniem wydanym przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych lub Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii w zakresie:

- a) sesji psychoterapii indywidualnej;
- b) sesji psychoterapii grupowej.

Proponowana stawka przez:

- specjalistę psychoterapii uzależnień, osoby posiadającej status osoby uczestniczącej w programie szkoleniowym dla specjalisty psychoterapii uzależnień potwierdzony odpowiednim zaświadczeniem wydanym przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych lub

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii: ..... zł za 5 kolejnych osobodni opieki nad pacjentem w ramach psychoterapii indywidualnej; ..... zł za 6 godzin psychoterapii grupowej;

Proponowana dostępność – ilość godzin w tygodniu: .....

Proponowane dni ( proszę wstawić znak „X”)

poniedziałek	wtorek	środa	czwartek	piątek	sobota	niedziela

3) Udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom w Wojewódzkim Ośrodku Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia w Opolu, Opole ul Głogowska 25 b w Oddziale Dziennym Terapii Uzależnienia od Alkoholu przez instruktora terapii uzależnień, osobę posiadającą status osoby uczestniczącej w programie szkoleniowym dla instruktorów terapii uzależnień potwierdzony odpowiednim zaświadczeniem wydanym przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych lub Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomani, psychologa w zakresie:

- a) sesji psychoterapii indywidualnej;
- b) sesji psychoterapii grupowej.

Proponowana stawka przez:

- instruktora terapii uzależnień osobę posiadającą status osoby uczestniczącej w programie szkoleniowym dla instruktorów terapii uzależnień potwierdzony odpowiednim zaświadczeniem wydanym przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych lub Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomani, psychologa: ..... zł za 5 kolejnych osobodni opieki nad pacjentem w ramach psychoterapii indywidualnej; .....zł za 6 godzin psychoterapii grupowej;

Proponowana dostępność – ilość godzin w tygodniu: .....

Proponowane dni ( proszę wstawić znak „X”)

poniedziałek	wtorek	środa	czwartek	piątek	sobota	niedziela

F. Oświadczenia:

- 1) Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia oraz szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
- 2) Oświadczam, że byłem(em)\* / nie byłem(em)\* karana(y) za przewinienia zawodowe ani inne przestępstwa.
- 3) Oświadczam, iż posiadam niezbędne uprawnienia do wykonywania świadczenia, dysponuję niezbędną wiedzą oraz doświadczeniem.
- 4) Oświadczam, że złożoną ofertą pozostanę związany przez 30 dni licząc od dnia, w którym upływa termin składania ofert.
- 5) Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w miejscu i terminie wyznaczonym przez organizatora konkursu.
- 6) Oświadczam, że świadczeń zdrowotnych udzielać będę osobiście, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w umowie z Udzielającym zamówienia.
- 7) Oświadczam, że przed zawarciem umowy dostarczę aktualną polisę ubezpieczeniową OC na kwotę określoną w § 3 Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą ( Dz.U. poz. 866).

G. Do niniejszej oferty dołączam)\*:

- 1) dyplom ukończenia studiów, jeżeli dotyczy;
- 2) dokumenty potwierdzające doświadczenie zawodowe - dot. specj. psych. uzal., inst. terapii uzal., psycholog;
- 3) zezwolenie i numer wpisu do rejestru prowadzonego przez okręgową radę lekarską, jeżeli dotyczy;
- 4) wydruk wpisu ze strony [www.ceidg.gov.pl](http://www.ceidg.gov.pl) lub innego rejestru;
- 5) prawo wykonywania zawodu; jeżeli dotyczy;
- 6) dokumenty potwierdzające posiadanie kwalifikacji specjalisty psychoterapii uzależnień, instruktora terapii uzależnień, psychologa;
- 7) zaświadczenie wydane przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych lub Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomani dla osoby uczestniczącej w programie szkoleniowym dla specjalisty psychoterapii uzależnień, instruktora terapii uzależnień.

Dokumenty wymienione w pkt 1 -3 i 5-7 powinny być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez Oferenta. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do weryfikacji oryginałów dokumentów z przedstawionymi kopiami przed zawarciem umowy.

.....

Data i podpis oferenta

\*niepotrzebne skreślić