

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 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, psycholog, 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 Narkomanii w zakresie:

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

Proponowana stawka przez:

- specjalistę psychoterapii uzależnień, psychologa, 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

- 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 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

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) zezwolenie i numer wpisu do rejestru prowadzonego przez okręgową radę lekarską, jeżeli dotyczy;
- 3) wydruk wpisu ze strony www.ceidg.gov.pl lub innego rejestru;
- 4) prawo wykonywania zawodu; jeżeli dotyczy;
- 5) dokumenty potwierdzające posiadanie kwalifikacji instruktora terapii uzależnień lub specjalisty psychoterapii uzależnień, lub zaświadczenie wydane przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych lub Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii jeżeli dotyczy.

Dokumenty wymienione w pkt 1 -2 i 4-5 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