

Wałbrzych dnia .....

**Załącznik nr 3 do Zarządzenia**  
**p.o. Dyrektora Specjalistycznego Szpitala im. dra Alfreda**  
**Sokołowskiego w Wałbrzychu nr 9/2022**  
**z dnia 24.01.2022 r.**

**Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego**  
**ul. Sokołowskiego 4,**  
**58-309 Wałbrzych**

**O F E R T A**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych**

Nawiązując do konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych, polegających na zabezpieczeniu dziennych i ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie przyjęcia obowiązków superwizora udzielanych przez psychologów, w ramach umowy cywilnoprawnej (kontrakt) pacjentom objętym opieką w oddziałach i poradniach szpitalnych, składam ofertę w przedmiotowym postępowaniu.

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Zawód .....

NIP ..... REGON .....

Nr telefonu ..... adres e-mail .....

Adres zamieszkania .....

Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania) .....

.....

Zarejestrowany adres prowadzonej działalności .....

.....

**Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie .....**

.....

**OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:**

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, SWKO oraz projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w Specjalistycznym Szpitalu im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu, w miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego zamówienia.
3. Prowadzi praktykę psychologiczną/psychoterapeutyczną zgodnie z danymi wymienionymi na wstępie niniejszej oferty.
4. Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie osobiście.
5. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości ..... (potwierdzona za zgodność z oryginałem kopia dokumentu stanowi załącznik do oferty).
6. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami złożonymi wraz z ofertą.
7. Proponuje liczbę godzin świadczeń zdrowotnych w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach:
  - 1) od 07.00 do 14.35 .....
  - 2) od 07.25 do 15.00 .....
  - 3) w soboty .....
8. Proponuje wynagrodzenie za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym niniejszą ofertą w wysokości ..... złotych brutto,

*Cee*

(słownie: ..... złotych).

**Oferent oświadcza także, że:**

- bezwarunkowo akceptuje wzór umowy i w przypadku przyjęcia oferty przez Udzielającego zamówienia, zobowiązuje się do podpisania umowy o treści jak w załączniku do Zarządzenia numer 9/2022 z dnia 24.01.2022 r.,
- prowadzona praktyka zawodowa nie jest w stanie upadłości,
- jest/nie jest płatnikiem podatku VAT,
- akceptuje warunki płatności,
- utrzyma cenę ofertową przez okres obowiązywania umowy,
- zapoznał się ze standardami ISO 9001:2015 dotyczącymi przedmiotu konkursu ofert i zobowiązuje się do realizowania umowy z zachowaniem tych standardów;
- utrzyma wysokość ubezpieczenia (polisa OC) przez cały okres trwania umowy.

**ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**

1. Poświadczony **aktualny** wydruk z Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej CEIDG.
2. Potwierdzone za zgodność z oryginałem kopie dokumentów dotyczących wykonywania zawodu tj.:
  - dyplom ukończenia studiów;
  - certyfikaty i uprawnienia związane z zakresem świadczeń zdrowotnych;
  - inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe.
3. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.
4. Potwierdzona za zgodność z oryginałem kserokopia polisy OC lub złożone oświadczenie o przedłożeniu polisy najpóźniej w dniu podpisania umowy.

.....  
(pieczęć i podpis Oferenta)