

Wałbrzych dnia

O F E R T A
dla
Specjalistycznego Szpitala
im. dra Alfreda Sokolowskiego w Wałbrzychu

Nawiązując do konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentom objętym opieką w oddziałach stacjonarnych i dziennych oraz poradniach szpitalnych, polegających na realizacji usług psychologicznych, psychoterapeutycznych oraz z zakresu terapii zajęciowej, terapii środowiskowej i superwizji w ramach umowy cywilnoprawnej (kontrakt), składam ofertę w przedmiotowym postępowaniu.

Imię i nazwisko

PESEL

Zawód

Nr prawa wykonywania zawodu

Specjalizacja w zakresie

Numer dokumentu potwierdzającego uzyskanie tytułu specjalisty

Numer wpisu do rejestru prowadzonego przez samorząd (dot. Psychologów klinicznych)

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:

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez*:

- a) Psychologa;
- b) Psychoterapeutę;
- c) Terapeutę zajęciowego.
- d) Terapeutę środowiskowego

2. Miejsce udzielania świadczeń*:

- a) Oddział Psychiatryczny/OLAZA/ Oddział Psychiatryczny - CZP;
- b) Oddział Dzienny Psychiatryczny dla Dorosłych,
- c) Oddział Dzienny Rehabilitacyjny Psychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży;
- d) Poradnia Zdrowia Psychicznego;
- e) Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci;
- f) Poradnia Terapii i Uzależnień dla Dzieci i Młodzieży;
- g) Poradnia Psychologiczna dla Dzieci/Ośrodek środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży.,
- h) Oddział Rehabilitacji Neurologicznej,
- i) Oddział Nefrologiczny – Stacja Dializ.
- j) Leczenie środowiskowe domowe

*należy podkreślić właściwy wybór (jeden lub więcej)

3. Proponuje liczbę godzin świadczeń zdrowotnych w dni powszednie od poniedziałku do piątku wg poniższego harmonogramu:

Lp.	Godziny pracy (od – do)	Suma godzin	Oddział/ Poradnia	Dni tygodnia

4. Deklaruję minimalną liczbę godzin miesięcznie.....
5. Proponuje wynagrodzenie za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym niniejszą ofertą w wysokości złotych brutto,
(słownie: złotych).

OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

- zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, SWKO oraz projektem umowy wraz z załącznikami i nie zgłasza zastrzeżeń i zobowiązuje się do podpisania umowy o treści jak w załączniku nr 2 do SWKO.
- udzielać będzie osobiście świadczeń zdrowotnych objętych konkursem w Specjalistycznym Szpitalu im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu przy użyciu sprzętu oraz innych pomocy dydaktycznych należących do Udzielającego Zamówienia;
- Zamawiającemu będzie przysługiwało prawo zwiększenia ilości godzin świadczenia usług przez Oferenta o maksymalnie 10% liczby godzin wskazanej w ofercie, a Oferent będzie związany decyzją Zamawiającego w tym zakresie;
- jeżeli po stronie Zamawiającego zaistnieje konieczność zwiększenia liczby godzin, ponad ilość, o której mowa w pkt. 3 powyżej, Zamawiający oraz Oferent dokonają odpowiednich uzgodnień w tym przedmiocie;
- posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości (potwierdzona za zgodność z oryginałem kopia dokumentu stanowi załącznik do oferty);
- zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami złożonymi wraz z ofertą;
- prowadzona praktyka zawodowa nie jest w stanie upadłości;
- jest/nie jest płatnikiem podatku VAT*(niepotrzebne skreślić);
- 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;

ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- Aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej CEIDG.
- Poświadczona za zgodność z oryginałem kopia wpisu do rejestru prowadzonego przez samorząd zawodowy (dotyczy psychologa klinicznego).
- Potwierdzone za zgodność z oryginałem kopie dokumentów dotyczących wykonywania zawodu tj.:
 - dypłom ukończenia studiów;
 - prawo wykonywania zawodu (wszystkie zapisane strony dot. Psychologa klinicznego);
 - dypłom uzyskania tytułu specjalisty;
 - certyfikaty i uprawnienia związane z zakresem świadczeń zdrowotnych;
 - inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe.
- Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.

5. Potwierdzona za zgodność z oryginałem kserokopia polisy OC oraz oświadczenie o kontynuacji ubezpieczenia na czas trwania umowy.
6. **Zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego, obowiązek wynikający z art. 21 ust. 3**

.....
(pieczęćka i podpis Oferenta)

