

FORMULARZ OFERTOWY

I. DANE PRZYJMĄCEGO ZAMÓWIENIE

Imię i Nazwisko lub nazwa Przyjmującego zamówienie:
Adres Przyjmującego zamówienie:
NIP.....REGON..... PESEL (dot. os. fizycznych)
Nr tel. Nr faxu
Nr wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu
.....

II. PROPONOWANA KWOTA WYNAGRODZENIA

- 1) **Psychiatra:** świadczenia zdrowotne w zakresie psychiatrii w siedzibie Udzielającego zamówienia wg harmonogramu pracy ustalonego z Udzielającym zamówienia:
 - a) cena **jednostkowa punktu** za świadczenia dla osób uprawnionych w Poradni Zdrowia Psychicznego oraz w Poradni Leczenia Uzależnień wynosi zł (brutto),
 - b) stawka **za konsultacje** psychiatryczne w **oddziałach** szpitala wynosi zł (brutto) za pacjenta,
 - c) stawka za badanie **osadzonych** zł (brutto) za pacjenta,
 - d) stawka za badanie **poborowych** zł (brutto) za pacjenta,
 - e) stawka za konsultacje **ORKL i MP** wynosi zł (brutto) za pacjenta.
- 2) **Superwizor:** świadczenia zdrowotne w Poradni Zdrowia Psychicznego oraz w Poradni Leczenia Uzależnień w zakresie superwizji zespołu terapeutycznego w terapii indywidualnej i grupowej, wg harmonogramu ustalonego z Udzielającym zamówienia:
 - a) Wynagrodzenie miesięczne za wykonanie przedmiotu zamówienia zł (brutto)
- 3) **Specjalista terapii uzależnień bądź specjalista w procesie certyfikacji/instruktor terapii uzależnień, psychoterapeuta bądź psychoterapeuta w procesie certyfikacji:** świadczenia zdrowotne w Poradni Leczenia Uzależnień w zakresie poradnictwa oraz prowadzenia terapii indywidualnej i grupowej osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz osób współuzależnionych, w godzinach przyjęć Przychodni SP ZOZ MSWiA w Opolu, wg poniższego harmonogramu pracy:

Dzień przyjęć	Godziny przyjęć	Wynagrodzenie miesięczne PLN
Poniedziałek	15:00 - 20:00	
	15:00 - 20:00	
Czwartek	14:30 - 20:00	

III. KWALIFIKACJE ZAWODOWE I SPECJALIZACJE PRZYJMĄCEGO ZAMÓWIENIE

1.
2.
3.

IV. WYMAGANE DOKUMENTY

1. Dyplom, dokument potwierdzający uzyskanie specjalizacji, prawo wykonywania zawodu, inne dokumenty potwierdzające nabycie fachowych umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień.
2. Polisa OC z tytułu prowadzonej działalności medycznej (nie dotyczy superwizora, specjalisty/instruktora terapii uzależnień oraz psychologa).
3. Zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego o niekaralności w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu Karnego, w art. 189a i art.207 Kodeksu Karnego oraz ustawie z dnia 29 lipca 2005r. o przeciwdziałaniu narkomanii, lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego

Uwaga: dokumenty mogą być przedstawione w formie oryginału lub kserokopii poświadczonych „za zgodność z oryginałem” z podpisem, datą i pieczętką Przyjmującego zamówienie lub osoby przez niego upoważnionej. Upoważnienie do podpisania oferty winno być dołączone do oferty, o ile nie wynika z innych dokumentów załączonych przez Przyjmującego zamówienie.

.....
miejscowość, data

.....
podpis i pieczęć Przyjmującego zamówienie

OŚWIADCZENIA PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

1. Oświadczam, że zapoznałem się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
2. Uważam się za związanego ofertą przez okres 30 dni.
3. Nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu Umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w Umowie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
4. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie zgodne są z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
5. Zobowiązuję się do wykonywania świadczeń zdrowotnych w dniach uzgodnionych z Udzielającym zamówienia oraz według ustalonego harmonogramu.
6. Zapewniam niezmiennność cen w okresie obowiązywania Umowy.

miejsowość, data

podpis i pieczęć Przyjmującego zamówienie