

FORMULARZ OFERTOWY

I. DANE PRZYJMUJĄCEGO 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:

- cena jednostkowa punktu za świadczenia dla osób uprawnionych w Poradni Zdrowia Psychicznego oraz w Poradni Leczenia Uzależnień wynosi zł (brutto),
- stawka za konsultacje psychiatryczne w oddziałach szpitala wynosi zł (brutto) za pacjenta,
- stawka za konsultacje ORKL i MP wynosi zł (brutto) za pacjenta.

2) **Specjalista/instruktor terapii uzależnień:** 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
Czwartek	14:30 – 20:00	

III. KWALIFIKACJE ZAWODOWE I SPECJALIZACJE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

-
-
-

IV. WYMAGANE DOKUMENTY

- Dyplom, dokument potwierdzający uzyskanie specjalizacji, prawo wykonywania zawodu, inne dokumenty potwierdzające nabycie fachowych umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień.
- Polisa OC z tytułu prowadzonej działalności medycznej (nie dotyczy specjalisty/instruktor terapii uzależnień oraz psychologa).

Uwaga: dokumenty mogą być przedstawione w formie oryginału lub kserokopii poświadczonej „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.

miejsowość, 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