

## 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:
- 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 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:

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	
	16:00-20:00	
Czwartek	14:30 – 20:00	

### III. KWALIFIKACJE ZAWODOWE I SPECJALIZACJE PRZYJMUJĄCEGO 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 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 niezmienność cen w okresie obowiązywania Umowy.

---

*miejsowość, data*

---

*podpis i pieczęć Przyjmującego zamówienie*