



WOJEWÓDZKI SZPITAL PSYCHIATRYCZNY W ANDRYCHOWIE

**FORMULARZ OFERTY NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ medycznych
w postaci porad psychologicznych
w Wojewódzkim Szpitalu Psychiatrycznym w Andrychowie w Centrum Zdrowia
Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży.**

Oznaczenie oferenta:

.....
.....

Adres oferenta:

.....

(nazwa i siedziba zakładu opieki zdrowotnej oraz numer wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej, lub imię i nazwisko, adres oraz numer wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu)

Adres do korespondencji:

.....

.....Tel.

OFERTA NA STANOWISKO:
(wpisać odpowiednio: psycholog w CZP dla Dzieci i Młodzieży)

UWAGA:

1. Ofertę należy złożyć na niniejszym formularzu.
2. Formularz powinien być wypełniony czytelnie za pomocą środków o charakterze trwałym.
3. Do oferty należy załączyć:
 - kserokopię zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej/ KRS, wypis z CEIDG, REGON, NIP
 - kserokopię odpisu z właściwego rejestru,
4. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie wg wymogów SWKO, referencje oraz inne dokumenty mogące mieć wpływ na wybór oferenta – proszę załączyć do oferty i wymienić w spisie załączników do niniejszej oferty.
5. Wskazanie liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych oraz Oświadczenie zgodności danych przedkładanych przez oferenta pod rygorem odpowiedzialności karnej – dotyczy podmiotów leczniczych będących przedsiębiorcą, spółką cywilną, spółką jawną lub spółką partnerską jako grupowa praktyka lekarska.



1. FORMULARZ CENOWY

W ramach konkursu ofert, którego przedmiotem jest udzielanie świadczeń
psychologicznych/psychoterapeutycznych dla Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego
w Andrychowie

Za realizację usługi –udzielanie świadczeń medycznych w postaci porad psychologicznych w Poradni Zdrowia
Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży – cena jednostkowa brutto..... zł za punkt

2. Kryteria: JAKOŚĆ, KOMPLEKSOWOŚĆ, DOSTĘPNOŚĆ, CIĄGŁOŚĆ: zaznaczyć właściwe

Kryterium	Forma w jakiej oferent spełnia kryteria	Sposób potwierdzenia
Jakościowe	Posiadanie tytułu specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej TAK/NIE	Dołączenie certyfikatu/ dokumentu/ kopii poświadczonej za zgodność
Kompleksowości	Posiadanie co najmniej 5 lat doświadczenia we współpracy w wielospecjalistycznym zespole terapeutycznym. TAK/NIE	Oświadczenie Oferenta oraz ew. potwierdzenie przez Kierownika Oddziału
Dostępności	Deklaracja co najmniej 5 godzin udzielania świadczeń ambulatoryjnych w godzinach popołudniowych (po godz. 15.00) TAK/NIE	Oświadczenie Oferenta
Ciągłości	Udzielania świadczeń będących przedmiotem konkursu przez 24 miesiące poprzedzające złożenie oferty TAK/NIE	Oświadczenie Oferenta

**Oświadczam, że :**

- 1) świadczenia wykonywane będą w Wojewódzkim Szpitalu Psychiatrycznym w Andrychowie przy wykorzystaniu aparatury i sprzętu medycznego znajdującego się w dyspozycji udzielającego zamówienia,
- 2) w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy oraz przystąpienia do realizacji zamówienia,
- 3) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu oraz telefonu stacjonarnego i komórkowego oraz adres e-mail wyłącznie dla celów realizacji umowy.

.....

Data

.....

Podpis i pieczęć Oferenta

oraz, że zapoznałem się z treścią:

- 1) ogłoszenia,
- 2) przepisów ustawy o działalności leczniczej,
- 3) szczegółowymi warunkami konkursu ofert (SWKO) i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń,
- 4) projektem umowy i nie wnoszę do niego żadnych zastrzeżeń.

UWAGA : W przypadku wyboru oferty i zawarcia umowy na ofercie ciąży obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia na warunkach określonych ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Załącznikami do niniejszej oferty są :

1.
2.
3.
4.
5.