



.....  
(miejsowość, data)

.....  
.....  
(nazwa i adres Udzielającego zamówienia)

## O F E R T A

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju:  
psychoterapia w Środowiskowym Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży w Łodzi - II  
poziom referencyjny - miejsce wykonywania świadczeń ŚCZPDiM Łódź, ul. Mielczarskiego 35**

1) Imię.....

2) Nazwisko.....

3) PESEL.....

4) Nr prawa wykonywania zawodu.....

5) Nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą oraz nr wpisu do właściwego rejestru

.....  
.....

6) Wymagane kwalifikacje ( zaznaczyć posiadane kwalifikacje)

specjalista w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży

lub osoba posiadająca decyzję ministra właściwego do spraw zdrowia o uznaniu dorobku naukowego lub zawodowego za równoważny ze zrealizowaniem programu szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie, zgodnie z art. 28 ust. 1 ustawy z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach

lub osoba w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży

lub osoba posiadająca certyfikat psychoterapeuty

lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty



7) Wymagane zaświadczenie potwierdzające co najmniej 1 rok doświadczenia w pracy terapeutycznej z dziećmi i młodzieżą lub rodziną lub 360h stażu w ośrodkach prowadzących psychoterapię dzieci i młodzieży

8) Staż pracy ( udzielania świadczeń) w podmiocie leczniczym.....lat.

9) NIP.....REGON.....

10) Adres zamieszkania .....

.....

Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem zamieszkania).....

.....

11) Tel. Kontaktowy .....

12) Posiadanie tytułu mgr psychologii tak  nie

13) Wymagana minimalna liczba godzin wykonywania świadczeń miesięcznie: **40 godzin.**

Proponowana liczba godzin ..... wykonywania świadczeń w tygodniu:

- poniedziałek.....
- wtorek.....
- środa.....
- czwartek.....
- piątek.....

14) Proponowane wynagrodzenie w wysokości .....złoty (brutto) za godzinę.

15) Proponowany okres umowy: od daty zawarcia do 31.10.2023r

16) Oświadczenie Oferenta:

Oświadczam, że zapoznałem się z przedmiotem postępowania o udzielanie określonych świadczeń opieki zdrowotnej, kryteriami oceny ofert, warunkami wymaganymi od świadczeniodawców oraz projektem umowy.

.....

.....

( data złożenia oświadczenia)

( imię i nazwisko oferenta)

**załączniki:**

1. kopia wpisu do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, \* / \* \*
2. kopia nadania numeru REGON\*



Fundusze Europejskie  
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita  
Polska

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



3. kopia nadania numeru NIP \*

4. aktualny wydruk z CEIDG \* \*

Oferent może złożyć zobowiązanie pisemne, iż w przypadku jeżeli jego oferta zostanie wybrana dostarczy dokumenty związane z założeniem firmy – aktualny wydruk z CEIDG - do dnia podpisania umowy na przedmiotowe świadczenia zdrowotne

5. kopie dokumentów (certyfikat psychoterapeuty, dyplom ukończenia studiów na kierunkach: lekarskim, pielęgniarstwie, psychologii, pedagogiki, pedagogiki specjalnej, resocjalizacji; certyfikatu ukończenia szkoły psychoterapii lub zaświadczenie, że oferent ubiega się o uzyskanie certyfikatu psychoterapeuty, zaświadczenie potwierdzające co najmniej 1 rok doświadczenia w pracy terapeutycznej z dziećmi i młodzieżą lub rodzin lub 360h stażu w ośrodkach prowadzących psychoterapię dzieci i młodzież ) \* \* lub przedłożenie wykazu osób uczestniczących przy realizacji zamówienia z podaniem kwalifikacji \*

6. kserokopia polisy OC lub oświadczenie złożone o przedłożeniu polisy \*/ \* \*

7. wypis z właściwego rejestru, \*

8. kopia Statutu jednostki\*

9. Oświadczenie nr 1

10. Oświadczenie nr 2

11. Oświadczenie nr 3

12. Oświadczenie nr 4

13. Pełnomocnictwo do podpisania i złożenia oferty wraz z wszystkimi załącznikami\*/ \* \*

\* \* Dotyczy osób legitymujących się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania określonych świadczeń zdrowotnych

\* Dotyczy podmiotów leczniczych.