



.....
(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 - I
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 wysokościzłoty (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.