

.....
(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 – I poziom referencyjny.

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 (podkreśl 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 certyfikatu jakości ISO 9001: tak nie

13) Posiadanie akredytacji: tak nie

14) Posiadanie tytułu mgr psychologii tak nie

15) Wymagana minimalna liczba godzin wykonywania świadczeń miesięcznie: 80 godzin.

Wymagana maksymalna ilość godzin wykonywanych świadczeń miesięcznie 160 godzin.

- liczba godzin wykonywania świadczeń w tygodniu:

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

16) Proponowane wynagrodzenie w wysokościzłoty (brutto) za godzinę.

17) Proponowany okres umowy: od 01.03.2022r do 31.10.2023r

18) 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*
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. kopia dokumentów (certyfikat psychoterapeuty, dyplom ukończenia studiów na kierunkach: lekarskim/pielęgniarskim/ 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 młodzieży) * * 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.