

Warszawa, dnia.....

**Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej
Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
ul. M. Kasprzaka 17
01 – 211 Warszawa**

O F E R T A

na udzielanie ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie psychoterapii w części ambulatoryjnej Wolskiego Centrum Zdrowia Psychicznego [Poradnia Zdrowia Psychicznego, Zespół leczenia Środowiskowego(domowego)] Szpitala Wolskiego

Imię i Nazwisko.....

PESEL.....

Zawód.....

Nr dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe.....

Data rozpoczęcia działalności wg CEIDG

NIP..... REGON.....

Nr telefonu e-mail

Adres zamieszkania

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

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie psychoterapii w części ambulatoryjnej Wolskiego Centrum Zdrowia Psychicznego [Poradnia Zdrowia Psychicznego, Zespół leczenia Środowiskowego(domowego)] Szpitala Wolskiego zgodnie z przedmiotem zamówienia wskazanym w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert, na zasadach określonych we wzorze umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.

OFERENT OŚWIADCZA, IŻ:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” oraz projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w siedzibie Szpitala Wolskiego w Warszawie, w miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego zamówienia.
3. Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie osobiście.
4. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości * (minimalna kwota gwarantowana 50 000 euro za jedno zdarzenie i 150 000 euro na wszystkie zdarzenia lub równowartość tych kwot wyrażoną w PLN)

5. Oświadcza, iż Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej Sp. z o.o. **nie rozwiązał** z nim w okresie 5 lat poprzedzających ogłoszenie niniejszego postępowania umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym przedmiotem niniejszego postępowania w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie oferenta.
6. Deklaruje liczbę minimalną liczbę **punktów..... w miesiącu** udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszym postępowaniem konkursowym i maksymalną liczbę **punktów..... w miesiącu.**
7. Proponuje wysokość stawki w kwocie:
 - a) **Dla oferentów posiadających certyfikat psychoterapeuty**
Oferuję zł brutto za jeden punkt dla **psychoterapii indywidualnej**
Oferuję..... zł brutto za jeden punkt dla **psychoterapii grupowej**
 - b) **Dla oferentów ubiegających się o posiadanie certyfikatu psychoterapeuty**
Oferuję zł brutto za jeden punkt dla **psychoterapii indywidualnej**
Oferuję..... zł brutto za jeden punkt dla **psychoterapii grupowej**

Przy czym punkty rozliczane są w następujący sposób:

- a) za pacjenta **spoza obszaru pilotażu** wg taryfy punktowej NFZ dla prawidłowo sprawozdanego i rozliczonego punktu
- b) za pacjenta **z obszaru pilotażu** wartość świadczenia przeliczana jest wg taryfy punktowej tak jak za pacjenta spoza obszaru pilotażu

netto (równoważne z brutto) za 1 punkt rozliczeniowy wykonany, prawidłowo sprawozdany i wskazany do zapłaty przez NFZ. lub przeliczonego wg taryfy punktowej tak jak dla pacjenta spoza obszaru pilotażu.

8. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami od nr 2a do nr.....
9. Oświadcza, iż świadczeń zdrowotnych w zakresie psychologii udzielał przez okreslat zgodnie z załączonym wykazem i zobowiązuje się do okazania na żądanie Udzielającego zamówienia dokumentów potwierdzających wskazaną ilość lat praktyki zawodowej.

ZAŁĄCZNIKI:

1. Poświadczony aktualny wydruk z CEIDG – *zał. nr 1.*
2. Kopie dokumentów dotyczących posiadanych kwalifikacji:
 - ważny certyfikat psychoterapeuty,
 - zaświadczenie o posiadaniu statusu osoby uczestniczącej co najmniej dwa lata w podyplomowym szkoleniu w zakresie oddziaływań psychoterapeutycznych mających zastosowanie w leczeniu zaburzeń oraz jednocześnie osoby te posiadają tytuł zawodowy lekarza lub magistra pielęgniarstwa, pedagogiki, resocjalizacji lub socjologii oraz pracują pod nadzorem osoby posiadającej certyfikat psychoterapeuty – *zał. nr 2a,*
 - inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje (rodzaj wymaganego wykształcenia) i doświadczenie zawodowe – *zał. nr 2c, 2d, 2e, ...itd.*
3. Wykaz podmiotów, w których oferent udzielał świadczeń zdrowotnych w zakresie psychoterapii z podaniem okresów, w których usługi te były świadczone – *zał. nr 3,*
4. Kserokopia polisy OC – *zał. nr 4,*
5. Zaświadczenie lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań do udzielania świadczeń objętych postępowaniem konkursowym oraz w tym w zakresie przepisów sanitarno-epidemiologicznych – *zał. nr 5.*

Oświadczenie oferenta w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO¹ wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia w niniejszym postępowaniu*.

.....
(*podpis i pieczęć oferenta*)

¹ rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

* W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).