

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 świadczeń zdrowotnych w zakresie psychoterapii uzależnień w Poradni leczenia uzależnień i współuzależnienia Morion Szpitala Wolskiego im. dr Anny Gostyńskiej Sp. z o.o. w ramach NFZ oraz na rzecz płatnika Miasta Stołecznego Warszawa

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 świadczeń zdrowotnych w zakresie psychoterapii uzależnień w Poradni leczenia uzależnień i współuzależnienia Morion Szpitala Wolskiego im. dr Anny Gostyńskiej Sp. z o.o. w ramach NFZ oraz na rzecz płatnika Miasta Stołecznego Warszawa 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 minimalną liczbę **godzin**(punktów.....) **dla usług na rzecz płatnika NFZ w miesiącu** oraz maksymalną liczbę **godzin**(punktów.....) **dla usług na rzecz płatnika NFZ w miesiącu** udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszym postępowaniem konkursowym.
7. Deklaruje minimalną liczbę **godzin dla usług na rzecz płatnika Miasta Stołecznego Warszawa w ramach: psychoterapii grupowej**; **psychoterapii indywidualnej**; oraz maksymalną liczbę **godzin dla usług na rzecz płatnika Miasta Stołecznego Warszawa w ramach: psychoterapii grupowej**; **psychoterapii indywidualnej**; udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszym postępowaniem konkursowym.
8. Oferent proponuje wysokość stawki **dla usług na rzecz płatnika NFZ w kwocie****zł brutto** za 1 punkt rozliczeniowy udzielony na rzecz NFZ (dotyczy terapii indywidualnej i grupowej).
7. Oferent proponuje wysokość stawki **dla usług na rzecz płatnika Miasta Stołecznego Warszawa** w kwocie:
 - a) **Oferuję** **zł netto** (równoważne z brutto) za 1 godzinę **psychoterapii grupowej**.
 - b) **Oferuję** **zł netto** (równoważne z brutto) za 1 godzinę **psychoterapii indywidualnej**.
8. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami od nr 2a do nr.....
9. Oświadczam, iż świadczeń zdrowotnych w zakresie psychologii/psychoterapii 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:
 - wykształcenie wyższe – *zał. nr 2* oraz jednocześnie
 - posiada dokument potwierdzający uzyskanie tytułu specjalisty psychoterapii uzależnień lub jest osobą ubiegającą się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień lub jest osobą w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychoterapii uzależnień;
 - ukończone studium terapii uzależnień i współuzależnienia oraz
 - minimum 5 - letnie doświadczenie w pracy z osobami uzależnionymi i współuzależnionych potwierdzone stosownym dokumentem,
 - inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje (rodzaj wymaganego wykształcenia, ważny certyfikat psychoterapeuty) – *zał. nr 2a, 2b, 2c, ... 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).