

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 specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie psychoterapii w Środowiskowym Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży [Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży] 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 specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie psychoterapii w Środowiskowym Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży [Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży] 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.
4. Deklaruje przeciętną liczbę **punktów**.....(godzin.....) udzielania świadczeń zdrowotnych **w miesiącu** i wskazuje możliwość udzielania świadczeń zdrowotnych w następujących dniach i godzinach (obejmujące godziny pracy Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży wskazane w SWKO):
 

Poniedziałek:	od godz. ....	do godz. ....
Wtorek:	od godz. ....	do godz. ....
Środa:	od godz. ....	do godz. ....
Czwartek:	od godz. ....	do godz. ....
Piątek:	od godz.....	do godz. ....
7. Proponuje wysokość stawki w kwocie ..... **zł netto (równoważne z brutto) za 1 punkt** rozliczeniowy wykonany, prawidłowo sprawozdany i wskazany do zapłaty **przez NFZ**.
8. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami od nr 2a do nr.....
9. Oświadcza, iż świadczeń zdrowotnych w zakresie psychologii udzielał przez okres .....lat 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:
  - posiada zaświadczenie wydane przez podmiot prowadzący kształcenie o o posiadaniu statusu osoby uczestniczącej co najmniej dwa lata w podyplomowym szkoleniu w zakresie oddziaływań psychoterapeutycznych mających zastosowanie w leczeniu zaburzeń zdrowia, prowadzonym metodami o udowodnionej naukowo skuteczności, w szczególności metodą terapii humanistyczno-doświadczeniowej lub integracyjnej, lub poznawczo-behawioralnej, lub psychoanalitycznej, lub psychodynamicznej, lub systemowej, w wymiarze co najmniej 1200 godzin albo przed 2007 r. ukończyła podyplomowe szkolenie w zakresie oddziaływań psychoterapeutycznych mających zastosowanie w leczeniu zaburzeń zdrowia w wymiarze czasu określonym w programie tego szkolenia,

**oraz**

  - posiada tytuł magistra po ukończeniu studiów na kierunku psychologii, psychologii – *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 RODO<sup>1</sup> 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*)

---

<sup>1</sup> 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).