

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 w Poradni Zdrowia Psychicznego Szpitala Wolskiego

Imię.....
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 w Poradni Zdrowia Psychicznego 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 udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Zdrowia Psychicznego w następujących dniach i godzinach:

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 jedną godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego postępowania konkursowego.
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.

ZALĄCZNIKI:

1. Poświadczony aktualny wydruk z CEIDG – **zał. nr 1.**
2. Kopie dokumentów dotyczących posiadanych kwalifikacji
 - zaświadczenie, że posiada status 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 jednocześnie osoby te posiadają tytuł zawodowy lekarza lub magistra pielęgniarstwa, pedagogiki, psychologii, resocjalizacji lub socjologii oraz pracują pod nadzorem osoby posiadającej certyfikat psychoterapeuty **zał. nr 2a,**
 - inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie zawodowe – **zał. nr 2b, 2c, 2d, ...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.**

W związku z wejściem w życie ustawy z dnia 14 czerwca 2024 r. o ochronie sygnalistów w Szpitalu Wolskim im. dr Anny Gostyńskiej Sp. z o. o. z siedzibą w Warszawie ustalono Procedurę dokonywania zgłoszeń naruszeń prawa i podejmowania działań następczych, która określa zasady, sposób dokonywania zgłoszeń naruszeń prawa i podejmowania działań następczych. Szczegółowe informacje znajdują Państwo pod linkiem <http://www.wolski.med.pl/sygnalisci/>

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).