Załącznik nr 1 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert

FORMULARZ OFERTOWY

Nawiązując do ogłoszenia o konkursie ofert DWOMP.II.42.336.2024 składam niniejszą ofertę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez **psychologa / psychoterapeutę** dla pacjentów DWOMP Oddział – Centrum Medyczne Joannitów w **Oddziale Dziennym Psychiatrycznym** w okresie od dnia zawarcia umowy do dnia 30.04.2027r

DANE O OFERENCIE:

.....
...
.....
(nazwa oferenta – zgodnie z rejestrem, dokładny adres siedziby podmiotu)

Numer NIP (jeżeli dotyczy) .....
Numer REGON (jeżeli dotyczy) .....
Numer PESEL (jeżeli dotyczy) .....

Dyplom mgr psychologii nr .....
Certyfikat psychoterapeuty nr .....

Numer telefonu z nr kierunkowym.....
Adres e-mail.....

1. Oferowana tygodniowo maksymalna liczba godzin realizacji zamówienia (badań): .....

2. Oferowana cena jako wynagrodzenie w wysokości .....zł/h za realizację zamówienia. Kwota wskazanego wynagrodzenia jest kwotą całkowitą i obejmuje wszelkie koszty jakie poniesie Udzielający Zamówienie, tj. ewentualne koszty ZUS, składki zdrowotnej i innych obowiązujących składników ponoszonych przez Udzielającego Zamówienie z urzędu lub na wniosek.

3. Płatność za wykonanie usługi dokonywana będzie w formie przelewu na r-k bankowy:

   .....
   (nazwa banku i nr rachunku)
   w terminie określonym umową od dnia otrzymania prawidłowo wystawionej faktury / rachunku.

4. Doświadczenie – liczba lat pracy jako psychoterapeuta: .....

5. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.

6. Oświadczam, że nie ciąży na mnie wyrok Sądów Karnych/Sądów Dyscyplinarnych, nie toczy się przeciwko mnie postępowanie karne/dyscyplinarne.

7. Oświadczam, że nie jestem karany za przestępstwa na tle seksualnym.

8. Oświadczam, że posiadam kwalifikacje i uprawnienia niezbędne do wykonania przedmiotu zamówienia oraz dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem do wykonania zamówienia.

9. Oświadczam, że wyrażam zgodę na poddanie się kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia stosownie do obowiązujących w tym zakresie przepisów.

10. Oświadczam, że jestem zobowiązany ofertą przez okres 30 dni od dnia otwarcia ofert.

11. Oświadczamy, że w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy oraz przystąpienia do realizacji zamówienia.

12. Do niniejszej oferty załączam wymagane w SWKO dokumenty i oświadczenia, jako załączniki:

1) .....

2) .....

3) .....

4) .....

5) .....

....

data *podpis i pieczęć oferenta*