**Załącznik nr 3**

Warszawa dnia …............

**Dyrektor**

**Przychodni Lekarskiej WAT SPZOZ**

**ul. Kartezjusza 2**

**01-493 Warszawa**

## OFERTA

## NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

### W ODDZIAŁACH DZIENNYCH dla dorosłych:

**LECZENIA NERWIC\*LECZENIA UZALEŻNIEŃ OD ALKOHOLU\*LECZENIA UZALEŻNIEŃ OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH\***

\*niepotrzebne skreślić

Nawiązując do udziału w konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych wymienionych w Materiałach Informacyjnych, składam następującą ofertę:

**Dane:**

Imię i Nazwisko .......................................................................

………………………………………………………………………………………………….

adres: indywidualnej praktyki lekarskiej

………………………………………………………………………………………………….

adres do korespondencji ( o ile nie pokrywa się z miejscem zamieszkania)

nr telefonu: …………………………………………

Nr NIP: …………………….……………………….

Nr REGON: ………………………………………..

PESEL: .................................................................

1. Niniejszym oświadczam, że jako składający wniosek o zawarcie umowy o świadczenia usług superwizji terapeutów **w Oddziale Dziennym Leczenia ………………………………**  jestem:

osobą fizyczną, która uzyskała fachowe uprawnienia do świadczenia usług superwizji

i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej.

Wykształcenie, Specjalizacja,...............................................

Data uzyskania – dokumentu (Certyfikatu/ów) .......................................................

/ /

Łączny staż zawodowy w danej dziedzinie ........................................................

/ilość lat – dokumenty/

Wpis do ewidencji o działalności gospodarczej Tak/Nie \*...................., \*niepotrzebne skreślić

(**aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej** )

Numer polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej: …………………….

wydanej przez …………………………………………………………………………..

/nazwa zakładu ubezpiecz./

suma ubezpieczenia:.............................. .

Osoba upoważniona do złożenia oferty w imieniu oferenta (o ile dotyczy) - ………………..

(imię nazwisko, rodzaj i nr dokumentu tożsamości)

1. Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem przeprowadzania konkursów ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w PL WAT SP ZOZ, ogłoszeniem o konkursie ofert, ze Szczegółowymi Warunkami konkursu ofert, Materiałami Informacyjnymi i projektem umowy w zakresie usługi superwizji terapeutów, na które składam ofertę i nie wnoszę do wymienionych dokumentów żadnych zastrzeżeń.
2. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń w dniach i godzinach

Poniedziałek od .................. do .................

Wtorek od .................. do .................

Środa od .................. do .................

Czwartek od .................. do .................

Piątek od .................. do .................

1. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenie usług superwizji terapeutów w **Oddziale Dziennym Leczenia ………………………………** , na okres od **01.01.2025 r. do 31.12.2027 r.**
2. Za prowadzenie superwizji w **Oddziale Dziennym Leczenia ………………………………** oczekuję wynagrodzenia w następującej wysokości:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Stanowisko/Funkcja** | **Deklarowana ilość godzin** | **Maksymalna cena proponowana przez PL WAT SPZOZ** | **Proponowana**  **cena** |
| Superwizor w Oddziale Dziennym Leczenia Nerwic | **………**  (Miesięcznie , nie mniej niż 2 godz.) | 300,00 zł za 1 godz. | **Za 1 godz.**  **……….** |
| Superwizor w Oddziale Dziennym Leczenia Uzależnień | **………..**  (Miesięcznie , nie mniej niż 2 godz). | 300,00 zł za 1 godz. | **Za 1 godz.**  **……….** |

1. Oświadczam, że samodzielnie będę rozliczał(ła) się z Urzędem Skarbowym i ZUS-em.
2. Kserokopie aktualnych dokumentów kwalifikacyjnych i zawodowych: (dyplom/y; zaświadczenie uzyskania specjalizacji; prawo wykonywania zawodu; oświadczenie o przebiegu kariery zawodowej; wpis do rejestru indywidualnej praktyki lekarskiej; zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej; polisa OC, oświadczenie o posiadaniu aktualnego orzeczenia lekarskiego, zaświadczenia o przeszkoleniu bhp oraz zaświadczenia sanitarno -epidemiologicznego, oświadczenia o niekaralności i zobowiązaniu do przestrzegania Standardów ochrony małoletnich, obowiązujących w Przychodni Lekarskiej Wojskowej Akademii Technicznej Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Warszawie, informacja z Krajowego Rejestru Karnego - może być złożona najpóźniej w dniu podpisania umowy, lub inne dokumenty) – załączam i potwierdzam ich zgodność z oryginałem.
3. Oświadczam, że znane mi są przepisy wymienione w Materiałach Informacyjnych
4. Do oferty załączam: ................ załączników (podpisanych przeze mnie z adnotacją za godność”) na .................. stronach.

.............................. ……………………………………………………………….

data podpis /pieczątka oferenta

Podanie nieprawdziwych informacji skutkuje nieważnością umowy, o ile zostanie zawarta, oraz odpowiedzialnością karną wynikającą z art. 193 pkt 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. 2018 poz. 1510 z późn. zm.).