

FORMULARZ OFERTOWY

Pakiet 1 - Świadczenie usług logopedy w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicznym (równoważnik 0,5 etatu).

**Pakiet 2 - Świadczenie usług psychologa w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicznym (równoważnik 1 etatu)
i w Szpitalu Ogólnym w Wysokiem Mazowieckiem.**

1. Dane przyjmującego zamówienie

A. Podmiot leczniczy*

nazwa i siedziba podmiotu leczniczego

.....
.....

nr wpisu do rejestru

nr KRS.....

osoba reprezentująca podmiot.....

kontakt

wykaz osób udzielających przedmiotowych świadczeń:

1) w zakresie usług logopedy*

imię i nazwisko

telefon.....

e-mail

PESEL

specjalizacja (*nazwa, stopień i data uzyskania*)

kwalifikacje zawodowe - dokumenty w załączeniu do oferty.

2) w zakresie usług psychologa*

imię i nazwisko

telefon.....

e-mail

PESEL

specjalizacja (*nazwa, stopień i data uzyskania*)

kwalifikacje zawodowe - dokumenty w załączeniu do oferty.

B. Osoba fizyczna wykonująca zawód w ramach praktyki zawodowej*

imię i nazwisko

telefon.....

e-mail

adres:.....

PESEL

NIP

REGON.....

specjalizacja (*nazwa, stopień i data uzyskania*)

kwalifikacje zawodowe - dokumenty w załączeniu do oferty.

2. Zakres świadczeń:

PAKIET 1 - Świadczenie usług w zakresie usług logopedy w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicy (równoważnik 0,5 etatu).

1) zł brutto miesięcznie za udzielanie świadczeń logopedy w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy;

PAKIET 2 - Świadczenie usług psychologa w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicy (równoważnik 1,0 etatu) i w Szpitalu Ogólnym w Wysokim Mazowieckim.

1) zł brutto miesięcznie za udzielanie świadczeń psychologa w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy;

2) zł brutto za każdą konsultację psychologiczną dla pacjentów Szpitala Ogólnego w Wysokim Mazowieckim

3. Załączniki /wykaz wymaganych dokumentów/:

1. Kopia dokumentów stwierdzających posiadanie wymaganych kwalifikacji i uprawnień do udzielania świadczeń zdrowotnych w przedmiotowym zakresie:
 - a) w przypadku podmiotu leczniczego:
 - kserokopia aktualnego odpisu KRS / CEDIG,
 - aktualny wyciąg z Rejestru Podmiotów Prowadzących Działalność Leczniczą,
 - kserokopia polisy ubezpieczeniowej,
 - wykaz personelu wraz z kserokopiami dokumentów potwierdzającymi kwalifikacje, jakimi Oferent będzie posługiwać się przy udzielaniu świadczeń objętych zakresem umowy,
 - aktualne zaświadczenia lekarskie o zdolności personelu do świadczenia usług na określonym stanowisku objętym konkursem,
 - aktualne orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych personelu do wykonywania pracy, przy realizacji której istnieje możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby (orzeczenie do celów sanitarno-epidemiologicznych lub kopia książeczki zdrowia z wpisem zaświadcującym brak przeciwwskazań) na określonym stanowisku objętym konkursem,
 - b) w przypadku osoby fizycznej wykonującej zawód w ramach praktyki zawodowej:
 - kserokopia dyplomu o odpowiednim kierunku,
 - kserokopia dokumentu potwierdzającego kwalifikacje, kursy, uprawnienia, certyfikaty,
 - aktualne zaświadczenia lekarskie o zdolności do świadczenia usług na określonym stanowisku objętym konkursem,
 - aktualne orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy, przy realizacji której istnieje możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby (orzeczenie do celów sanitarno-epidemiologicznych lub kopia książeczki zdrowia z wpisem zaświadcującym brak przeciwwskazań) na określonym stanowisku objętym konkursem,
 - kserokopia polisy ubezpieczeniowej,
 - aktualny wydruk CEDIG,
 - kserokopia szkolenia BHP.
2. Oferta oraz wszystkie dokumenty muszą być czytelne oraz podpisane, a kserokopie potwierdzone „za zgodność z oryginałem” przez Oferenta lub osobę prawnie umocowaną do zaciągnięcia zobowiązań w imieniu Oferenta.

.....
(data, podpis i pieczęć oferenta)

Oświadczam, że zapoznałem/(am) się z Regulaminem przeprowadzania konkursu ofert, treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert (SWKO), wzorem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń.

.....
(data, podpis i pieczęć oferenta)

Oświadczam, iż w przypadku nie złożenia w postępowaniu konkursowym kopii dokumentu ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej zobowiązuje się do dostarczenia takiego dokumentu do Zamawiającego zamówienie

przed przystąpieniem do wykonywania przedmiotu Umowy. Zobowiązuje się także do kontynuowania ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej przez cały okres realizacji Umowy.

.....
(data, podpis i pieczęćka oferenta)

Potwierdzam, że zapoznałem/(am) się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych w ramach prowadzonego postępowania konkursowego zawartą w Regulaminie przeprowadzania konkursu ofert.

.....
(data, podpis i pieczęćka oferenta)

** niepotrzebne skreślić*

WYKONAWCA
SZPITALA OGÓLNEGO
w Wysokim Mazowieckiem
Bożena Kuratowicz

