

FORMULARZ OFERTOWY

I. DANE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

Imię i Nazwisko lub nazwa Przyjmującego zamówienie:

Adres Przyjmującego zamówienie:

NIP.....REGON..... PESEL (dot. os. fizycznych)

Nr tel. Nr faxu

Nr wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu.....

II. PROPONOWANA KWOTA WYNAGRODZENIA

1) Świadczenia zdrowotne w zakresie psychiatrii w siedzibie Udzielającego zamówienia wg harmonogramu pracy ustalonego z Udzielającym zamówienia:

- a) punkt jest jednostką rozliczeniową,
- b) łączna liczba punktów do wykonania przez Przyjmującego zamówienie w okresie od **01 stycznia 2021 r.** do **31.12.2021 r.** wynosi:**17 160** pkt
zgodnie z podziałem zawartym w tabeli poniżej w Poradni Zdrowia Psychicznego**16 200** pkt
zgodnie z podziałem zawartym w tabeli poniżej w Poradni Leczenia Uzależnień **960** pkt,
- c) cena jednostkowa punktu za świadczenia dla osób uprawnionych w Poradni Zdrowia Psychicznego oraz w Poradni Leczenia Uzależnień wynosi zł (brutto),
- d) stawka za konsultacje psychiatryczne w oddziałach szpitala wynosi zł (brutto) za pacjenta,
- e) stawka za konsultacje ORKL i MP wynosi zł (brutto) za pacjenta.

Liczba punktów w podziale na miesiące i kwartały w Poradni Zdrowia Psychicznego							Razem pkt/ Kwartał
I kwartał 2021	Styczeń	1350	Luty	1350	Marzec	1350	4 050
II kwartał 2021	Kwiecień	1350	Maj	1350	Czerwiec	1350	4 050
III kwartał 2021 r.	Lipiec	1350	Sierpień	1350	Wrzesień	1350	4 050
IV kwartał 2021 r.	Październik	1350	Listopad	1350	Grudzień	1350	4 050
Razem w roku							16 200

Liczba punktów w podziale na miesiące i kwartały w Poradni Leczenia Uzależnień							Razem pkt/ Kwartał
I kwartał 2021	Styczeń	80	Luty	80	Marzec	80	240
II kwartał 2021	Kwiecień	80	Maj	80	Czerwiec	80	240
III kwartał 2021 r.	Lipiec	80	Sierpień	80	Wrzesień	80	240
IV kwartał 2021 r.	Październik	80	Listopad	80	Grudzień	80	240
Razem w roku							960

2) Superwizor: świadczenia zdrowotne w Poradni Zdrowia Psychicznego oraz w Poradni Leczenia Uzależnień w zakresie superwizji zespołu terapeutycznego w terapii indywidualnej i grupowej, wg harmonogramu ustalonego z Udzielającym zamówienia:

Wynagrodzenie miesięczne za wykonanie przedmiotu zamówienia zł. (brutto)

- 3) Specjalista/instruktor terapii uzależnień: świadczenia zdrowotne w Poradni Leczenia Uzależnień w zakresie poradnictwa oraz prowadzenia terapii indywidualnej i grupowej osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz osób współuzależnionych, w godzinach przyjęć Przychodni SP ZOZ MSWiA w Opolu, wg poniższego harmonogramu pracy:

Dzień przyjęć	godziny przyjęć	Wynagrodzenie miesięczne zł brutto
Poniedziałek	09:00 – 20:00	

- 4) Specjalista/instruktor terapii uzależnień: świadczenia zdrowotne w Poradni Leczenia Uzależnień w zakresie poradnictwa oraz prowadzenia terapii indywidualnej i grupowej osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz osób współuzależnionych, w godzinach przyjęć Przychodni SP ZOZ MSWiA w Opolu, wg poniższego harmonogramu pracy:

Dzień przyjęć	godziny przyjęć	Wynagrodzenie miesięczne zł brutto
Wtorek	15:00 – 19:30	

- 5) Specjalista/instruktor terapii uzależnień: świadczenia zdrowotne w Poradni Leczenia Uzależnień w zakresie poradnictwa oraz prowadzenia terapii indywidualnej i grupowej osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz osób współuzależnionych, w godzinach przyjęć Przychodni SP ZOZ MSWiA w Opolu, wg poniższego harmonogramu pracy:

Dzień przyjęć	godziny przyjęć	Wynagrodzenie miesięczne zł brutto
Czwartek	13:00 – 20:00	

- 6) Specjalista/instruktor terapii uzależnień: świadczenia zdrowotne w Poradni Leczenia Uzależnień w zakresie poradnictwa oraz prowadzenia terapii indywidualnej i grupowej osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz osób współuzależnionych, w godzinach przyjęć Przychodni SP ZOZ MSWiA w Opolu, wg poniższego harmonogramu pracy:

Dzień przyjęć	godziny przyjęć	Wynagrodzenie miesięczne zł brutto
Piątek	11:30 – 18:00	

III. KWALIFIKACJE ZAWODOWE I SPECJALIZACJE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

1.
2.
3.

IV. WYMAGANE DOKUMENTY

1. Dyplom, dokument potwierdzający uzyskanie specjalizacji, prawo wykonywania zawodu, inne dokumenty potwierdzające nabycie fachowych umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień.
2. Polisa OC z tytułu prowadzonej działalności medycznej (nie dotyczy specjalisty / instruktora terapii uzależnień oraz superwizora).

Uwaga: dokumenty mogą być przedstawione w formie oryginału lub kserokopii poświadczonej „za zgodność z oryginałem” z podpisem, datą i pieczętką Przyjmującego zamówienie lub osoby przez niego upoważnionej. Upoważnienie do podpisania oferty winno być dołączone do oferty, o ile nie wynika z innych dokumentów załączonych przez Przyjmującego zamówienie.

OŚWIADCZENIA PRZYJMĄCEGO ZAMÓWIENIE

1. Oświadczam, że zapoznałem się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
2. Uważam się za związanego ofertą przez okres 30 dni.
3. Nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu Umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w Umowie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
4. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie zgodne są z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
5. Zobowiązuję się do wykonywania świadczeń zdrowotnych w dniach uzgodnionych z Udzielającym zamówienia oraz według ustalonego harmonogramu.
6. Zapewniam niezmienność cen w okresie obowiązywania Umowy.

miejsowość, data

podpis i pieczęć Przyjmującego zamówienie