**Załącznik Nr 3 do SWKO**

Warszawa dnia …............

**Dyrektor**

**Przychodni Lekarskiej WAT SPZOZ**

 **ul. Kartezjusza 2**

 **01-493 Warszawa**

## OFERTA

## NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

### W ZAKRESIE PSYCHIATRII:

 Nawiązując do udziału w konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych **w zakresie psychiatrii (K 08/2023)**, wymienionych w Materiałach Informacyjnych, składam następującą ofertę:

**Dane:**

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

adres zamieszkania ………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

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

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

nr telefonu: ……………………………/adres poczty elektronicznej ……..……………

Nr NIP: …………………….……………………….

Nr REGON: ………………………………………..

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

1. Niniejszym oświadczam, że jako składający wniosek o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych **w zakresie psychiatrii, posiadam** fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych.

Nr prawa wykonywania zawodu..................................................

Specjalizacja, stopień specjalizacji ...............................................

Nr rejestracyjny specjalizacji .......................................................

 /data uzyskania – dokumentu, egzaminu/

Wpis do Księgi rejestrowej podmiotów wykonujących działalność leczniczą *(o ile dotyczy)*, pod Nr ………………………………………………………………………….

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

 /ilość lat – dokumenty/

Wpis do ewidencji o działalności gospodarczej pod nazwą: ...................................,

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

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

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

 /nazwa zakładu ubezpiecz./

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

 Wynik Egzaminu Państwowego -..................................

 *(o ile dotyczy)*

 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 SPZOZ, ogłoszeniem o konkursie ofert,
ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, Materiałami Informacyjnymi i projektem umowy w zakresie **psychiatrii,** na które składam ofertę i nie wnoszę
do wymienionych dokumentów żadnych zastrzeżeń.
2. Zapoznałem się z warunkami w gabinecie, w którym będą udzielane świadczenia zdrowotne i jego wyposażeniem i zobowiązuję się do przyjęcia pełnej współodpowiedzialności za powierzone mienie wraz z pozostałymi użytkownikami tego gabinetu.
3. Proponuję udzielanie świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach (….h/tydzień):

Poradnia Zdrowia Psychicznego (…h/tydzień)

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

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

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

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

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

Oddział dzienny leczenia uzależnienia od alkoholu (…h/tydzień)

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

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

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

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

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

Oddział dzienny leczenia uzależnienia od środków psychoaktywnych (…h/tydzień)

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

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

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

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

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

Oddział dzienny leczenia zaburzeń nerwicowych (…h/tydzień)

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 świadczenia zdrowotne **w zakresie psychiatrii** na okres **01.01.2024 r. do 31.12.2024 r**.

Termin zatrudnienia oraz godziny pracy pozostają do ustalenia z Udzielającym zamówienia po rozstrzygnięciu konkursu.

1. Za realizację świadczeń zdrowotnych w PZP, Oddziale dziennym leczenia uzależnienia od alkoholu, Oddziale dziennym leczenia uzależnienia od związków psychoaktywnych, oraz Oddziale dziennym leczenia zaburzeń nerwicowych, oczekuję wynagrodzenia w następującej wysokości:

**cena brutto za 1h: ……………………….zł/h**

1. Za świadczenia zdrowotne odpłatne (komercyjne) będę otrzymywał dodatkowe wynagrodzenie w wysokości - 60% od wpłat za wykonane w danym miesiącu świadczenia.
2. Oświadczam, że samodzielnie będę rozliczał(ła) się z Urzędem Skarbowym i ZUS-em.
3. Kserokopie aktualnych dokumentów kwalifikacyjnych i zawodowych: (dyplom/y; wynik LEP–u, zaświadczenie uzyskania specjalizacji; prawo wykonywania zawodu; oświadczenie o przebiegu kariery zawodowej; wpis do Księgi rejestrowej podmiotów wykonujących działalność leczniczą; zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej; polisa OC lub inne dokumenty) – **załączam i potwierdzam ich zgodność z oryginałem**.
4. Ponadto do oferty załączam Oświadczenie o posiadaniu aktualnego zaświadczenia sanitarno-epidemiologicznego, aktualnego orzeczenia lekarskiego o stanie zdrowia od lekarza medycyny pracy potwierdzającego brak przeciwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy stanowiącej przedmiot umowy, aktualnego zaświadczenia
o przeszkoleniu w zakresie bhp oraz do przedstawienia kserokopii ww. dokumentów potwierdzonych za zgodność z oryginałem, najpóźniej w dniu podpisania umowy.
5. Oświadczam, że znane mi są przepisy wymienione w pkt VI Materiałów Informacyjnych
6. Załączniki, o których mowa w pkt 9 stanowią integralną cześć oferty.
7. Do oferty załączam: ................ załączników (podpisanych przeze mnie z adnotacją za zgodność”) 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 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.