.............................................. (miejscowość, data)

…………………………………….

……………………………………..

(nazwa i adres Udzielającego zamówienia)

**O F E R T A**

 **na udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju: badania diagnostyczne wykonywane w Środowiskowym Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży – I i II poziom referencyjny-miejsce wykonywania świadczeń ŚCZPDiM Łódź, ul. Mielczarskiego 35**

1) Imię........................................................................................................................................................

2) Nazwisko...............................................................................................................................................

3) PESEL....................................................................................................................................................

4) Nr prawa wykonywania zawodu............................................................................................................

5) Nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą oraz nr wpisu do właściwego rejestru .......................................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................................

6) Wymagane kwalifikacje ( zaznaczyć posiadane kwalifikacje)

**Wymagania obligatoryjne**:
● dokument potwierdzający posiadanie **wykształcenia wyższego(studia magisterskie) na kierunku psychologicznym**
● **udokumentowane 2-letnie doświadczenie w pracy z dziećmi,** **młodzieżą, w tym min. 1 rok w zakresie diagnozy psychologicznej;**
● dokument potwierdzający posiadanie szkolenia z zakresu diagnozy psychologicznej i/lub szkolenia z zakresu diagnozy neuropsychologicznej (posługiwanie się testami i narzędziami psychometrycznymi min. Stanford Binet, CDI, Conners,ADOS,MOXO,IDs-2, PEP-R, SOR, PU itp.) i/lub szkolenia z dialogu motywującego

7) NIP...............................................................REGON.......................................................................

8) Adres zamieszkania ……………………..........................................................….........................

..............................................................................................................................................................

Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem zamieszkania).........................................

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

9) Tel. Kontaktowy .............................................................................................................................

10 ) Ilość badań przeprowadzanych **w czasie obowiązywania umowy: do 1000 szt.**

11) Proponowane wynagrodzenie w wysokości ...................złotych (brutto) za przeprowadzone badanie

12) Proponowany okres umowy: od daty zawarcia do 31.10.2023r

13) Oświadczenie Oferenta:

Oświadczam, że zapoznałem się z przedmiotem postępowania o udzielanie określonych świadczeń opieki zdrowotnej, kryteriami oceny ofert, warunkami wymaganymi od świadczeniodawców oraz projektem umowy.

 ................................................... .................................................

 **( data złożenia oświadczenia) ( imię i nazwisko oferenta)**

**załączniki:**

1.   kopia wpisu do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, \* / \* \*

2.   kopia nadania numeru REGON\*

3.   kopia nadania numeru NIP \*

4. aktualny wydruk z CEIDG \* \*

 Oferent może złożyć zobowiązanie pisemne, iż w przypadku jeżeli jego oferta zostanie wybrana dostarczy dokumenty związane z założeniem firmy – aktualny wydruk z CEIDG - do dnia podpisania umowy na przedmiotowe świadczenia zdrowotne

5.  kopie dokumentów (dyplom ukończenia studiów na kierunku psychologii**, dokumenty potwierdzające posiadanie uprawnień do wykonywania testów psychometrycznych,** udokumentowane **2-letnie doświadczenie w pracy z dziećmi, młodzieżą, w tym min. 1 rok w zakresie diagnozy psychologicznej,** ) \* \* lub przedłożenie wykazu osób uczestniczących przy realizacji zamówienia z podaniem kwalifikacji \*,

6.   kserokopia polisy OC lub oświadczenie złożone o przedłożeniu polisy \*/ \* \*

7. wypis z właściwego rejestru, \*

8. kopia Statutu jednostki\*

9. Oświadczenie nr 1

10. Oświadczenie nr 2

11. Oświadczenie nr 3

12. Oświadczenie nr 4

13. Pełnomocnictwo do podpisania i złożenia oferty wraz z wszystkimi załącznikami\*/ \* \*

**\* \*** Dotyczy osób legitymujących się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania określonych świadczeń zdrowotnych

**\***  Dotyczy podmiotów leczniczych.