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

…………………………………….

……………………………………..

(nazwa i adres Udzielającego zamówienia)

**O F E R T A**

 **na udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju: psychoterapia w Środowiskowym Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży w Pabianicach –I i II poziom referencyjny.**

**miejsce wykonywania świadczeń Pabianickie Centrum Medyczne Sp. z o.o. w Pabianicach**

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)

 specjalista w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży

  lub osoba posiadająca decyzję ministra właściwego do spraw zdrowia o uznaniu dorobku naukowego lub zawodowego za równoważny ze zrealizowaniem programu szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie, zgodnie z art. 28 ust. 1 ustawy z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach

  lub osoba w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży

  lub osoba posiadająca certyfikat psychoterapeuty

  lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty

7) Wymagane zaświadczenie potwierdzające co najmniej 1 rok doświadczenia w pracy terapeutycznej z dziećmi i młodzieżą lub rodziną lub 360h stażu w ośrodkach prowadzących psychoterapię dzieci i młodzieży

8) Staż pracy ( udzielania świadczeń) w podmiocie leczniczym....................................................lat.

9) NIP...............................................................REGON.......................................................................

10) Adres zamieszkania ……………………..........................................................….........................

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

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

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

11) Tel. Kontaktowy .............................................................................................................................

12) Posiadanie certyfikatu jakości ISO 9001: tak □ nie □

13) Posiadanie akredytacji: tak □ nie □

14) Posiadanie  tytułu mgr psychologii tak □ nie □

15 ) Maksymalna ilość godzin wykonywanych świadczeń miesięcznie 160 godzin.

- liczba godzin .................................................... wykonywania świadczeń w tygodniu:

• poniedziałek......................................................................................................…

• wtorek................................................................................................…..............

• środa....................................................................................................................

• czwartek...............................................................................................................

• piątek……………………………………………………………….................…

16) Proponowane wynagrodzenie w wysokości ...................złotych (brutto) za godzinę.

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

18) 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 (certyfikat psychoterapeuty, dyplom ukończenia studiów na kierunkach: lekarskim, pielęgniarskim, psychologii, pedagogiki, pedagogiki specjalnej, resocjalizacji; certyfikatu ukończenia szkoły psychoterapii lub zaświadczenie, że oferent ubiega się o uzyskanie certyfikatu psychoterapeuty, zaświadczenie potwierdzające co najmniej 1 rok doświadczenia w pracy terapeutycznej z dziećmi i młodzieżą lub rodzin lub 360h stażu w ośrodkach prowadzących psychoterapię dzieci i młodzież ) \* \* 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.