



**Szpital Psychiatryczny
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
w Węgorzowie**

DOA/4041/06/.....

Załącznik nr 1 do SWKO

**OFERTA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE
W SZPITALU PSYCHIATRYCZNYM SAMODZIELNYM PUBLICZNYM ZA-
KŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ**

Dane składającego ofertę

Imię i nazwisko.....

telefon.....

adres: kod..... miejscowość..... ulica..... Nr.....

PESEL..... NIP..... REGON.....

Nr wpisu do ewidencji działalności gospodarczej.....

Oferuję świadczenie usług zdrowotnych w Szpitalu Psychiatrycznym SP ZOZ w Węgorzowie w zakresie:

| I Psychoterapii | | |
|--|-------------------------------------|--|
| Tryb stacjonarny | | |
| Miejsce udzielania świadczeń | Godzinowy wymiar czasu pracy | Proponowana cena za godzinę pracy /brutto/ w zł |
| Oddział Leczenia Zaburzeń Nerwicowych w Węgorzowie | | |
| II Terapii uzależnień | | |
| Tryb stacjonarny | | |
| Miejsce udzielania świadczeń | Godzinowy wymiar czasu pracy | Proponowana cena za godzinę pracy /brutto/ w zł |
| Oddział Detoksykacji Alkoholowej w Węgorzowie | | |
| III Usług psychologicznych | | |
| Tryb stacjonarny | | |
| Miejsce udzielania świadczeń | Godzinowy wymiar czasu | Proponowana cena za go- |

Szpital Psychiatryczny
SP ZOZ w Węgorzowie
11-600 Węgorzewo
ul. G. J. Bema 24

T: 87 427 27 66
F: 87 427 27 85
E: spspzozw@wp.pl
W: www.spspzozwegorzewo.republika.pl

ZOLP Rudziszki 87 437 80 13
WOTUW Giżycko 87 428 40 30
PZP Giżycko 87 429 13 98
PZP Pisz 501 026 211

Certyfikat Systemu
Zarządzania Jakością
ISO 9001:2008
Nr. IT-65931



**Szpital Psychiatryczny
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
w Węgorzewie**

| czeń | pracy | dzinę pracy /brutto/ w zł |
|--|-------------------------------------|--|
| Zakład Opiekuńczo –Leczniczy Psychiatryczny dla Dorosłych w Rudziszkach | | |
| Oddział ogólnopsychiatryczny (w tym dzienny) w Węgorzewie | | |
| Tryb ambulatoryjny | | |
| Miejsce udzielania świadczeń | Godzinowy wymiar czasu pracy | Proponowana cena za punkt /brutto/ w zł |
| Poradnia Zdrowia Psychicznego w Węgorzewie | | |
| IV Psychoterapii uzależnień | | |
| Tryb ambulatoryjny | | |
| Miejsce udzielania świadczeń | Godzinowy wymiar czasu pracy | Proponowana cena za punkt /brutto/ w zł |
| Poradnia Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Węgorzewie | | |
| IV Terapii zajęciowej | | |
| Tryb stacjonarny | | |
| Miejsce udzielania świadczeń | Godzinowy wymiar czasu pracy | Proponowana cena za godzinę pracy /brutto/ w zł |
| Zakład Opiekuńczo –Leczniczy Psychiatryczny dla Dorosłych w Rudziszkach | | |

Uwagi:

Szpital Psychiatryczny
SP ZOZ w Węgorzewie
11-600 Węgorzewo
ul. G. J. Bema 24

T: 87 427 27 66
F: 87 427 27 85
E: spspzozw@wp.pl
W: www.spspzozwegorzewo.republika.pl

ZOLP Rudziszki 87 437 80 13
WOTUW Giżycko 87 428 40 30
PZP Giżycko 87 429 13 98
PZP Pisz 501 026 211

Certyfikat Systemu
Zarządzania Jakością
ISO 9001:2008
Nr. IT-65931



OŚWIADCZENIE OFERENTA:

1. Zapoznałem(-am) się z treścią ogłoszenia, warunkami dotyczącymi konkursu na udzielanie świadczeń w zakresie psychoterapii, terapii uzależnień, usług psychologicznych, psychoterapii uzależnień, terapii uzależnień w Szpitalu Psychiatrycznym Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej
2. Usługi będą wykonywane osobiście, zgodnie z etyką zawodową i obowiązującymi przepisami prawa.
2. Świadczenia będę wykonywać w pomieszczeniach Szpitala Psychiatrycznego SP ZOZ w Węgorzewie, ul. Gen. J. Bema 24 i/lub pomieszczeniach komórek organizacyjnych szpitala.
3. Świadczenia będę wykonywać korzystając ze sprzętu i aparatury medycznej Zamawiającego w zakresie niezbędnym do świadczenia zamówionych usług medycznych.
4. Posiadam kwalifikacje zawodowe: (dokumenty w załączeniu):
 - a) certyfikat psychoterapeuty lub zaświadczenie o statusie osoby uczestniczącej co najmniej dwa lata w podyplomowym szkoleniu oraz zaświadczenie wydane przez podmiot prowadzący kształcenie lub,
 - b) certyfikat instruktora terapii uzależnień lub,
 - c) dyplom ukończenia studiów wyższych na kierunku psychologia lub,
 - d) certyfikat psychoterapeuty uzależnień lub,
 - e) dyplom ukończenia szkoły wyższej lub szkoły policealnej nadającej tytuł zawodowy terapeuty zajęciowego.
5. Oświadczam, że posiadam aktualne i opłacone ubezpieczenie w zakresie OC, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, które przedłożę najpóźniej w dniu podpisania umowy (nie dotyczy zakresu IV – terapia zajęciowa).
6. Po upływie okresu ubezpieczenia w zakresie OC, zobowiązuję się zawrzeć nową umowę ubezpieczenia OC, kontynuowaną na okres, co najmniej do końca trwania umowy (nie dotyczy zakresu IV – terapia zajęciowa).



**Szpital Psychiatryczny
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
w Węgorzewie**

7. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie (poświadczone za zgodność z oryginałem) są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
8. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wyłącznie dla celów realizacji konkursu.
9. Oświadczam, że nie jestem karany(a) ani nie toczy się przeciwko mnie postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności karnej oraz że nie znam okoliczności, które mogłyby mieć wpływ na podjęcie i wykonywanie zawodu.
10. Oświadczam, że mój aktualny stan zdrowia pozwala na wykonywanie pracy na wnioskowanym stanowisku, zgodnie z zaświadczeniem lekarskim, które przedłożę najpóźniej w dniu podpisania umowy.

....., dnia.....

(miejscowość)

.....

(czytelny podpis)