



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

DOA/4041/09/.....

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 terapeutycznych na realizację programu terapeutycznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi uwikłanymi w przemoc w rodzinie w Szpitalu Psychiatrycznym SP ZOZ w Węgorzewie w zakresie:

Świadczenia terapeutyczne		
Miejsce udzielania świadczeń	Godzinowy wymiar czasu pracy	Proponowana cena za godzinę pracy /brutto/ w zł
Oddział ogólnopsychiatryczny I/Oddział Detoksykacji Alkoholowy		

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



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

OŚWIADCZENIE OFERENTA:

1. Zapoznałem(-am) się z treścią ogłoszenia, warunkami dotyczącymi konkursu na udzielenie świadczeń terapeutycznych na realizację programu terapeutycznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi uwikłanymi w przemoc w rodzinie 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
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 .
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.



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

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.....

(miejsowość)

.....

(czytelny podpis)