

.....
(pieczęć firmowa Oferenta)

FORMULARZ OFERTY

I. DANE IDENTYFIKACYJNE OFERENTA:

1. Firma / Imię i Nazwisko
-
2. Siedziba / adres zamieszkania
-
3. NIP
4. Regon
5. dobrowolnie: tel. kontaktowy (fax)
6. dobrowolnie: e-mail

1. MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Świadczenia udzielane będą w lokalu Udzielającego zamówienia, w Centrum Psychoterapii i Leczenia Uzależnień, Sosnowiecki Szpital Miejski sp. z o.o. w restrukturyzacji, ul. Szpitalna 1, 41-219 Sosnowiec.

2. WARUNKI PŁATNOŚCI

Fakturę wystawia się raz w miesiącu, nie wcześniej niż ostatniego dnia miesiąca, w którym udzielane były świadczenia. Termin złożenia faktury upływa 15 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym udzielane były świadczenia.

Jeżeli prawidłowo sporządzona faktura za dany miesiąc po potwierdzeniu jej przez przedstawiciela Udzielającego zamówienia zostanie przedłożony do Sekretariatu/Kancelarii Udzielającego zamówienie w terminie wskazanym w zdaniu poprzednim, wypłata należności nastąpi na konto bankowe wskazane przez Przyjmującego Zamówienie do 30 dni od jej złożenia.

W przypadku nie przedstawienia faktury/rachunku do 15 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym udzielane były świadczenia, płatność nastąpi do 60 dni od przedstawienia faktury/rachunku.

3. TERMIN REALIZACJI:

Okres obowiązywania umowy: do 30.06.2024r.

II. KWALIFIKACJE

Tab. 1 Zaznacz spośród niżej wymienionych (może być kilka)

Opis kwalifikacji	Wybór poprzez wpis TAK
1 specjalista w dziedzinie psychologii klinicznej	
2 osoba w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychologii klinicznej	
3 psycholog z udokumentowanym doświadczeniem w pracy klinicznej z dziećmi i młodzieżą	
4 psycholog posiadający co najmniej rok udokumentowanego doświadczenia w pracy z dziećmi i młodzieżą w placówkach działających w ramach systemu opieki zdrowotnej, oświaty, pomocy społecznej, wspierania rodziny lub pieczy zastępczej	
5 specjalista psychoterapii uzależnień posiadający co najmniej 2 lata doświadczenia w psychoterapii dzieci i młodzieży	
6 osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień posiadająca co najmniej 2 lata doświadczenia w psychoterapii dzieci i młodzieży	
7 specjalista psychoterapii dzieci i młodzieży	
8 osoba posiadająca decyzję ministra właściwego do spraw zdrowia o uznaniu dorobku 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 mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 1297)	
9 osoba w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży	
10 osoba prowadząca psychoterapię (psychoterapeuta z certyfikatem)	
11 osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty (co najmniej ukończony drugi rok szkolenia)	
12 Kwalifikacje dodatkowe dla pkt. 5-11: dwa lata doświadczenia w prowadzeniu terapii rodzin	

2. WYBÓR ZAKRESÓW ŚWIADCZEŃ

Tab. 2 Zaznacz spośród niżej wymienionych (może być kilka)

lp	Nazwa świadczenia	Wybór poprzez wpis TAK
1	Porada diagnostyczna psychologiczna, Porada psychologiczna	
2	Sesja psychoterapii indywidualnej	
3	Sesja psychoterapii grupowej	
4	Sesja psychoedukacji	
5	Sesja psychoterapii rodzinnej	

Wybór świadczeń powinien być zgodny z uprawnieniami do ich realizacji wynikającymi z kwalifikacji opisanymi w ogłoszeniu i w SWZ.

3. PROPONOWANE KWOTY ZA PUNKT

Tab. 3 Proszę wybrać tylko świadczenia składane do oferty, zgodnie z tab. 2

lp	Nazwa świadczenia	Proponowana kwota za punkt (w groszach)
1	Porada diagnostyczna psychologiczna, Porada psychologiczna	
2	Sesja psychoterapii indywidualnej	
3	Sesja psychoterapii grupowej	
4	Sesja psychoedukacji	
5	Sesja psychoterapii rodzinnej	

W pkt. 1,2,5 proponowana kwota nie może być wyższa niż 60% wartości punktu opłacanego przez NFZ (60 gr). W pkt 3 i 4 proponowana kwota nie może być wyższa niż połowa z 60% wartości punktu opłacanego przez NFZ (30 groszy). Kwoty za punkt w poszczególnych zakresach mogą różnić się między sobą.

4. PROPONOWANA MIESIĘCZNA ILOŚĆ PUNKTÓW

Tab. 4 Proszę wybrać tylko świadczenia składane do oferty, zgodnie z tab. 2

lp	Nazwa świadczenia	Proponowana ilość świadczeń miesięcznie	Ilość punktów (ilość świadczeń x wartość punktowa jednego świadczenia z pkt. II SWZ)
1	Porada diagnostyczna psychologiczna, Porada psychologiczna		
2	Sesja psychoterapii indywidualnej		
3	Sesja psychoterapii grupowej		
4	Sesja psychoedukacji		
5	Sesja psychoterapii rodzinnej		

Ilość punktów łącznie (ta ilość jest istotna dla umowy)

Wartość punktów łącznie (ta wartość jest istotna dla umowy)

Ilość świadczeń wpisana do tabelki nie będzie zawarta w umowie. Umowa dotyczyć będzie jedynie ilości zrealizowanych punktów, bez względu na rodzaj świadczeń, jakie na tą ilość punktów się złożyły. Ilość świadczeń wpisana do tabeli pozwoli jedynie na ocenę, czy proponowana przez oferenta ilość godzin (w tab. 6) jest adekwatna do ilości punktów złożonych w ofercie oraz pozwoli na ustalenie maksymalnej wartości umowy w PLN (ilość pkt z tab. 4 x proponowana kwota w tab.3).

5. DODATKOWE PYTANIA

a. wybór grupy wiekowej dla osoby zainteresowanej prowadzeniem sesji psychoterapii grupowej (może być kilka)

tab.5

Grupa wiekowa
Do 9 lat

Wybór grupy poprzez wpis TAK

10-15 lat

Pow. 16 lat aż do ukończenia nauki szkolnej

b. proponowane godziny udzielania świadczeń (od do....) dotyczy porady diagnostycznej psychologicznej, porady psychologicznej, sesji psychoterapii indywidualnej, sesji psychoedukacji, sesji psychoterapii grupowej, sesji terapii rodzin - łącznie

Zakres godzin udzielania świadczeń powinien dać możliwość realizacji proponowanej ilości świadczeń wpisanych w tab. 4, w przeliczeniu na godziny zgodnie z SWZ

tab.6

poniedziałek	wtorek	środa	czwartek	piątek	łącznie godzin tygodniowo	ilość
--------------	--------	-------	----------	--------	---------------------------------	-------

W przypadku proponowanej realizacji świadczeń: sesja psychoterapii grupowej/sesja terapii rodzin – godziny mogą podlegać negocjacji w taki sposób, aby jednocześnie mogło te świadczenia wykonywać dwóch realizatorów.

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczętka, podpis Oferenta)



OŚWIADCZENIE OFERENTA

1. Oświadczam, że:
 - a. Zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia i Szczegółowymi Warunkami Konkursu (wraz ze wszystkimi załącznikami) i nie wnoszę zastrzeżeń do ich treści;
 - b. otrzymana dokumentacja konkursowa jest wystarczająca do złożenia oferty;
 - c. akceptuję projekt umowy.
2. **Wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w złożonej Ofercie, przez Sosnowiecki Szpital Miejski sp. z o. o. w restrukturyzacji 41-219 Sosnowiec, ul. Szpitalna 1 w okresie 30 dni od ostatniego dnia składania ofert wyznaczonego przez Udzielającego Zamówienie na potrzeby przeprowadzenia postępowania konkursowego.**
3. W przypadku, gdy będę związany stosunkiem pracy z Udzielającym zamówienia, a moja oferta zostanie wyłoniona w konkursie (w przypadku osobistego udzielania świadczeń) zobowiązuję się do rozwiązania umowy o pracę przed dniem zawarcia umowy o świadczenia zdrowotne i oświadczam, że do porozumienia stron przystąpię dobrowolnie i nie będę rościł jakichkolwiek pretensji, z tytułu rozwiązania umowy o pracę za porozumieniem stron.
4. Oświadczam, że w razie wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy w najbliższym możliwym czasie wskazanym przez Udzielającego Zamówienie na warunkach określonych w ofercie i wg wzoru przedstawionego przez Udzielającego zamówienie;
5. Przystępując do konkursu ofert na udzielanie świadczeń medycznych, oświadczam, że:
 - a. wszystkie umowy zawarte z Podmiotami wykonującymi działalność leczniczą były i są realizowane przez Oferenta należycie,
 - b. w ciągu ostatnich 5 lat, nie wnoszono wobec Oferenta skarg odnoszących się do realizacji umów z Podmiotami wykonującymi działalność leczniczą.
6. Wyrażam zgodę na poddanie się kontroli Śląskiego Wojewódzkiego Oddziału NFZ w zakresie sposobu i jakości udzielanych świadczeń objętych ofertą.
7. Oświadczam, że wykonam przedmiot umowy na zasadach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu i w terminach uzgodnionych z Udzielającym zamówienie.
8. Oświadczam, że wykonam przedmiot konkursu z należytą starannością, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz zasadami sztuki medycznej.
9. Oświadczam, że kwota wskazana w formularzu cenowym obejmuje wszystkie koszty, jakie Zamawiający zobowiązany będzie ponieść w związku z wykonaniem przedmiotowego zamówienia.
10. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

.....

(miejsowość, data)

.....

(pieczętka, podpis Oferenta)

Sosnowiec, dn.

Oświadczenie

Oświadczam, że zobowiązuję się do posiadania umowy polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w paragrafach poprzedzających na kwotę

.....

(wpisać kwotę dotyczącą zakresu na który składana jest oferta)

1. Obowiązek ubezpieczenia powstanie najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień podpisania umowy.
2. Okażę przy podpisywaniu umowy polisę ubezpieczeniową oraz dostarczę jej kserokopię.

.....

(podpis i pieczęć Oferenta)

Sosnowiec, dn.

Zaproszenie do negocjacji

Oferent zgłasza chęć podjęcia negocjacji:

w zakresie

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

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)

QJ

