

**FORMULARZ OFERTOWY KONKURS OFERT NR 45/2023**

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych i świadczenie usług na podstawie umowy cywilnoprawnej  
w Szpitalu Powiatowym w Złotowie**

**udzielanie świadczeń zdrowotnych jako Specjalista terapii uzależnień lub osoba w trakcie  
specjalizacji w oddziale Terapii Uzależnień od Alkoholu w Piecewie**  
Kod CPV – 85121270-6

**D A N E   O F E R E N T A**

|                                                                                    |  |
|------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Imię i nazwisko</b>                                                             |  |
| <b>Pełna nazwa i adres<br/>działalności gospodarczej/<br/>podmiotu leczniczego</b> |  |
| <b>NIP</b>                                                                         |  |
| <b>REGON</b>                                                                       |  |
| <b>Telefon do kontaktu</b>                                                         |  |
| <b>Nazwa Banku i Numer Konta:</b>                                                  |  |

**Kwalifikacje\***

- ☐ specjalista psychoterapii uzależnień  
☐ osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień  
☐ inne.....

\* właściwe oznaczyć znakiem X

**Propozycja kwot/-y należności i dyspozycyjności w zakresie świadczeń usług/ udzielanie  
świadczeń zdrowotnych w poszczególnych zakresach przedmiotu konkursu:**

**Deklarowana liczba godzin świadczenia usług ...../m-c**

**Proponowana stawka za godzinę świadczenia usług ...../złotych**

**Załączniki\*:**

- ☐ zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej (CEIDG)
- ☐ zaświadczenie o wpisie do rejestru praktyk zawodowych lub wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (RPWDL)
- ☐ zaświadczenie o numerze NIP
- ☐ zaświadczenie o numerze REGON
- ☐ dyplom ukończenia studiów
- ☐ dokument potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego
- ☐ prawo wykonywania zawodu
- ☐ dyplom specjalizacji i/lub karta szkolenia specjalizacyjnego
- ☐ inne, potwierdzające kwalifikacje niezbędne do wykonywania świadczeń, np. certyfikaty kursów, zaświadczenia itp.
- ☐ polisa OC lub zobowiązanie do jej zawarcia
- ☐ zaświadczenie lekarskie o zdolności do pracy lub zobowiązanie jego dostarczenia
- ☐ orzeczenie lekarskie o zdolności do pracy lub zobowiązanie jego dostarczenia

☐ **Oświadczam, że w posiadaniu Udzielającego zamówienia znajduje się już komplet aktualnych dokumentów wymaganych do złożenia oferty**

**\* właściwe oznaczyć znakiem X**

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert, wzorem umowy, które akceptuję i nie wnoszę do nich zastrzeżeń. Zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby konkursu i realizacji umowy.

Złotów, .....  
data

.....  
podpis Oferenta