**Załącznik nr 3**

Warszawa dnia …............

**Dyrektor**

**Przychodni Lekarskiej WAT SPZOZ**

**ul. Kartezjusza 2**

**01-493 Warszawa**

## OFERTA

## NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

### W PORADNI Zdrowia Psychicznego dla dorosłych:

**w zakresie psychiatrii** \***/ usług psychologicznych i psychoterapeutycznych**\*

\*niepotrzebne skreślić

Nawiązując do udziału w konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych wymienionych w Materiałach Informacyjnych w zakresie **Poradni Zdrowia Psychicznego dla dorosłych**, składam następującą ofertę:

**Dane:**

Imię i Nazwisko .......................................................................

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

adres: indywidualnej praktyki lekarskiej

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

adres do korespondencji ( o ile nie pokrywa się z miejscem zamieszkania)

nr telefonu: …………………………………………

Nr NIP: …………………….……………………….

Nr REGON: ………………………………………..

PESEL: .................................................................

1. Niniejszym oświadczam, że jako składający wniosek o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych **w Poradni Zdrowia Psychicznego dla dorosłych**, jestem:

osobą fizyczną, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń

zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej.

Nr prawa wykonywania zawodu..................................................

Specjalizacja, stopień specjalizacji/ certyfikat psychoterapeuty ...............................................

Nr rejestracyjny specjalizacji .......................................................

/data uzyskania – dokumentu/

Łączny staż zawodowy w danej dziedzinie ........................................................

/ilość lat – dokumenty/

Wpis do rejestru indywidualnej praktyki lekarskiej Nr …………………OIL, WIL

Wpis do ewidencji o działalności gospodarczej Tak/Nie \*...................., \*niepotrzebne skreślić

(**aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej** )

Numer polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej: …………………….

wydanej przez …………………………………………………………………………..

/nazwa zakładu ubezpiecz./

suma ubezpieczenia:.............................. .

Osoba upoważniona do złożenia oferty w imieniu oferenta (o ile dotyczy) - ………………..

(imię nazwisko, rodzaj i nr dokumentu tożsamości)

1. Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem przeprowadzania konkursów ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w PL WAT SPZOZ, ogłoszeniem o konkursie ofert, ze Szczegółowymi Warunkami konkursu ofert, Materiałami Informacyjnymi i projektem umowy w zakresie w zakresie Poradni Zdrowia Psychicznego dla dorosłych, na które składam ofertę i nie wnoszę do wymienionych dokumentów żadnych zastrzeżeń.
2. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach:

Poniedziałek od .................. do .................

Wtorek od .................. do .................

Środa od .................. do .................

Czwartek od .................. do .................

Piątek od .................. do .................

1. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w zakresie **Poradni Zdrowia Psychicznego dla dorosłych**, na okres od **01.01.2025 r. do 31.12 2027 r.**
2. Za realizację świadczeń zdrowotnych w **Poradni Zdrowia Psychicznego dla dorosłych w zakresie…………………….**oczekuję wynagrodzenia w następującej wysokości:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Deklarowana Miesięczna liczba punktów** | **Maksymalna cena proponowana przez PL WAT SPZOZ** | **Proponowana**  **Cena za 1 punkt** |
| Cena za 1 punkt terapii lekarza specjalisty psychiatrii | miesięcznie **………** | 9,00 zł/ pkt.  (lekarze psychiatrzy) | **…….** |
| Cena za 1 punkt świadczenia psychoterapeuty z certyfikatem | nie mniej niż 9 godzin tygodniowo miesięcznie**………..** | 8,20 zł/punkt | **……..** |

1. Przyjmuję do wiadomości, że za świadczenia zdrowotne komercyjne będę otrzymywał wynagrodzenie w wysokości – 60% od osiągniętego w danym miesiącu przychodu z wykonanych świadczeń zdrowotnych (wpłat do kasy Przychodni).Koszty badań wykonywanych w ramach świadczeń odpłatnych ponosi pacjent, zgodnie z cennikiem obowiązującym w PLWAT SPZOZ w Warszawie
2. Zobowiązuję się do przyjęcia pełnej współodpowiedzialności za przydzielony mi gabinet i powierzone mienie wraz z pozostałymi użytkownikami tego gabinetu.
3. Oświadczam, że samodzielnie będę rozliczał(ła) się z Urzędem Skarbowym i ZUS-em.
4. Kserokopie aktualnych dokumentów kwalifikacyjnych i zawodowych: (dyplom/y; zaświadczenie uzyskania specjalizacji; prawo wykonywania zawodu; oświadczenie o przebiegu kariery zawodowej; wpis do rejestru indywidualnej praktyki lekarskiej; zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej; polisa OC, oświadczenie o posiadaniu aktualnego orzeczenia lekarskiego, zaświadczenia o przeszkoleniu bhp oraz zaświadczenia sanitarno -epidemiologicznego, oświadczenia o niekaralności i zobowiązaniu do przestrzegania Standardów ochrony małoletnich, obowiązujących w Przychodni Lekarskiej Wojskowej Akademii Technicznej Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Warszawie, informacja z Krajowego Rejestru Karnego - może być złożona najpóźniej w dniu podpisania umowy, lub inne dokumenty) – załączam i potwierdzam ich zgodność z oryginałem.
5. Oświadczam, że znane mi są przepisy wymienione w Materiałach Informacyjnych
6. Do oferty załączam: ................ załączników (podpisanych przeze mnie z adnotacją za godność”) na .................. stronach.

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

data podpis /pieczątka oferenta

Podanie nieprawdziwych informacji skutkuje nieważnością umowy, o ile zostanie zawarta, oraz odpowiedzialnością karną wynikającą z art. 193 pkt 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych