FORMULARZ OFERTOWY

# **Dane oferenta**

(pełna nazwa, siedziba)

kserokopie dokumentów - NIP, REGON, wpis do rejestru działalności organu administracji

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

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

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

# **Dane dotyczące uprawnień i kwalifikacji oferenta**

(dyplom ukończenia szkoły wyższej, zaświadczenie o specjalizacji, prawo wykonywania zawodu, certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień, potwierdzenie wpisu na listę osób wykonujących zawód itp.)

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

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

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

# **Cena, oferowanych świadczeń**

**(proponowana kwota należności za 1 godzinę udzielanych świadczeń)**

Cena za:

1. Świadczenia zdrowotne udzielane przez terapeutów, instruktorów, osoby w trakcie specjalizacji, lekarza specjalistę psychiatrę/lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii **w Poradni Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia oraz
w Dziennym Oddziale Terapii Uzależnienia od Alkoholu w Wojewódzkim Ośrodku Terapii Uzależnień ul. Zakopiańska 37: \***

w godzinach dziennych - ……………zł, słownie ………………………………………………….

1. Świadczenia zdrowotne udzielane przez terapeutów, lekarza psychiatrę (lekarza
w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii, pielęgniarki/pielęgniarzy
**w Poradni Leczenia Uzależnień (Program Leczenia Substytucyjnego) przy
ul. Srebrniki 9 \***

w godzinach dziennych - ……………zł słownie ………………………………………………….

1. Świadczenia zdrowotne udzielane **w Całodobowym Oddziale Terapii Uzależnienia od Alkoholu oraz w Całodobowym Oddziale Leczenia Uzależnień w Smażynie** przez:
* terapeutów, osoby w trakcie specjalizacji, lekarza psychiatrę/lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii, lekarza chorób wewnętrznych(lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie chorób wewnętrznych w godzinach
**dziennych -** ……………zł\* słownie ………………………………………………….
* Pielęgniarki, pielęgniarzy w godzinach **nocnych** -……………zł
słownie ………………………………………………….

\*niepotrzebne skreślić

# **Harmonogram udzielania świadczeń lub liczbę godz. w miesiącu**

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

# **Termin płatności**

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

# **Numer konta oferenta**

na które zamawiający będzie dokonywał płatności

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

# **Ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej**

(numer polisy, czas jej trwania)

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

# **Oświadczenie oferenta**

Oferent oświadcza, że zapoznał się z treścią ogłoszenia o Konkursie oraz szczegółowymi warunkami Konkursu i nie wnosi do nich zastrzeżeń.

Oferent ponadto zobowiązuje w przypadku wybrania przedstawionej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terenie wskazanym przez zamawiającego.

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

 data podpis

**Załączniki:**

1. …………………………………………………………………………………….
2. …………………………………………………………………………………….
3. …………………………………………………………………………………….
4. …………………………………………………………………………………….
5. …………………………………………………………………………………….
6. ……………………………………………………………………………………..
7. ………………………………………………………………………………………
8. ………………………………………………………………………………………
9. ………………………………………………………………………………………
10. ………………………………………………………………………………………