

FORMULARZ OFERTOWY

**w postępowaniu konkursowym na udzielanie świadczeń zdrowotnych
w zakresie usług psycho/terapeutycznych i psychologicznych
na rzecz pacjentów Pabianickiego Centrum Psychiatrycznego PCM Sp. z o.o.**

Pełna nazwa oferenta:

.....
.....

Adres oferenta: (województwo, kod, miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

.....

PESEL

.....

Numer telefonu

.....

Adres e-mail

.....

Numer NIP

.....

Numer REGON

.....

1. Niniejszym zgłaszam gotowość przystąpienia do konkursu ofert o udzielanie świadczeń zdrowotnych, zgodnie z treścią Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.
2. Niniejszym oświadczam, że:
 - 1) Zapoznałam/łem się z treścią ogłoszenia i Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert (SWKO) w przedmiocie konkursu i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz uzyskałam/łem wszystkie informacje i wyjaśnienia konieczne do przygotowania oferty,
 - 2) spełniam niezbędne warunki w zakresie kwalifikacji personelu,
 - 3) czuję się związana/y niniejszą ofertą na czas wskazany w SWKO,
 - 4) zapoznałam/łem się z warunkami umowy określonymi w załączniku nr 2/2a do SWKO i akceptuję je bez zastrzeżeń oraz zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia,
 - 5) zobowiązuję się do wypełniania swoich obowiązków, zgodnie ze sposobem organizacji oraz harmonogramem czasu pracy uzgodnionym z Udzielającym zamówienia,
 - 6) zobowiązuję się do zachowania tajemnicy i wykorzystania informacji uzyskanych w wyniku postępowania konkursowego wyłącznie do celów ofertowych,

7) nie zostałam/łem skazana/y za przestępstwo umyślne ani nie toczy się w stosunku do mnie postępowanie karne za przestępstwo umyślne.

8) **posiadam - letnie doświadczenie w udzielaniu świadczeń w zakresie przedmiotowego konkursu,**

9) posiadam kwalifikacje:

Wykształcenie:

Specjalizacje:

.....

Inne:

3. Proponuję następującą cenę na świadczenia zdrowotne, będące przedmiotem konkursu ofert, obowiązujące w okresie obowiązywania umowy.

Zakres udzielanych świadczeń	Szacowana liczba godzin w miesiącu	Oferowana liczba godzin w miesiącu	Oferowana cena jednostkowa za każdą zakończoną godzinę świadczenia usług w Oddziałach PCP	Oferowana cena jednostkowa za zrealizowany punkt przyznany przez NFZ w Ambulatorium PCP
Usługi Psycho/terapeutyczne	330 h zł zł
Usługi Psychologiczne	300 h zł zł

.....

Podpis Oferenta