



## **FORMULARZ OFERTOWY**

### **I. Dane oferenta**

- w przypadku Umowy kontraktowej – wpis do rejestru działalności organu administracji – **wydruk CEDG**
- w przypadku Umowy Zlecenia – Imię, Nazwisko, Adres zamieszkania

.....  
.....

### **II. Dane dotyczące uprawnień i kwalifikacji oferenta**

Kserokopie dokumentów – (dyplom ukończenia szkoły wyższej, zaświadczenie o specjalizacji, prawo wykonywania zawodu, certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień, potwierdzenie wpisu na listę osób wykonujących zawód itp.) zaświadczenia lub dokumenty potwierdzające doświadczenie.

.....  
.....

### **III. Cena, oferowanych świadczeń**

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

- 1. w Poradni Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia oraz w Dziennym Oddziale Terapii Uzależnienia od Alkoholu w Wojewódzkim Ośrodku Terapii Uzależnień ul. Zakopiańska 37: \***

Świadczenia zdrowotne świadczone przez:

- 1) certyfikowanych specjalistów terapii / psychoterapii uzależnień
- 2) lekarza specjalistę psychiatrę
- 3) osobę uczestniczącą w programie szkoleniowym dla specjalisty terapii / psychoterapii uzależnień

**w godzinach dziennych (8:00-20:00) - .....zł, słownie.....**



**2. w Poradni Leczenia Uzależnień (Program Leczenia Substytucyjnego) przy  
ul. Srebrniki 9 \***

Świadczenia zdrowotne udzielane przez:

- 1) pielęgniarki, pielęgniarzy

**w godzinach dziennych (7:30-18:00) - .....zł, słownie.....**

**3. w Całodobowym Oddziale Leczenia Uzależnień oraz w Całodobowym Oddziale  
Rehabilitacyjnym dla Uzależnionych od Substancji Psychoaktywnych Dąbrówka  
84-242, ul. Ppłk. Ryszarda Lubowiedzkiego 2 \***

Świadczenia zdrowotne świadczone przez:

- 1) pielęgniarki, pielęgniarzy

**w godzinach całodobowych - .....zł, słownie.....**

\*właściwe zaznaczyć

**IV. Tygodniowy harmonogram udzielania świadczeń lub liczbę godz. w miesiącu**

.....

**V. Termin płatności faktury/rachunku**

.....

**VI. Numer konta oferenta**

na które zamawiający będzie dokonywał płatności

.....



**VII. Ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej**

(numer polisy, czas jej trwania) – kserokopia dokumentu .....

**VIII. aktualne badania lekarskie - kserokopia dokumentu .....**

**IX. 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. ....