***Nr postępowania: K/IB/4/2024 Załącznik nr 1***

**FORMULARZ OFERTOWY**

**na realizację zamówienia na świadczenia zdrowotne w zakresie usług psychologicznych na rzecz pacjentów MSCZ**

**NAZWA PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE:**

Imię i Nazwisko:…………………….…………………………………………………………....…………………………………….…..…….

Firma *(nazwa)*:…………………………………………………………………………………….…………………………………….……….…

Adres: ……………………………………………………………………………………………………………………..………………………..….

telefon: ………………….…………….……… e-mail: ……………………………………………………..…………..………………….….

NIP: …………………….……..…………REGON : ……………..…………..…PESEL ……………………………………….…….…….…

Nr dyplomu: .…..........................................................................................................................................

Staż w zawodzie (w latach): ……………………………………………………………………………………………………………..….

**OFERUJĘ UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE:**

**USŁUG PSYCHOLOGICZNYCH**

**Deklarowana liczba godzin w miesiącu ………………………………………………………**

**Stawka (Brutto) za pkt udzielania świadczeń ……………………..………………….…. Słownie………………………………………………………………………..…………………………….**

**Doświadczenie (w latach) …………………. ………………………………………………………**

Okres trwania umowy: od 01.03.2024r. przez 24 miesiące

**Uwaga:**

Wynagrodzenie należy podać w złotych polskich cyfrowo. Ceną oferty jest stawka za 1 pkt udzielanego świadczenia brutto.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Oświadczam, że:**

1. Zapoznałam/-em się z treścią Ogłoszenia o konkursie ofert, SWKO oraz projektem umowy, akceptuję ich treść oraz nie wnoszę zastrzeżeń.
2. Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia oraz wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej potwierdzający prowadzenie działalności gospodarczej.
3. Posiadam uprawnienia do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymogami ustawowymi, niezbędną wiedzę i doświadczenie, oraz pozostaję w sytuacji zapewniającej należyte wykonanie zamówienia.
4. Załączone kserokopie dokumentów wykonane zostały z oryginału dokumentu, a zawarte w nich dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
5. Dane przedstawione w ofercie i oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień składania oferty.
6. Zobowiązuję się do pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach
i godzinach wyznaczonych przez Udzielającego Zamówienia.
7. Zgłosiłam/-łem swoją działalność gospodarczą w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych celem rozliczenia
z tytułu ubezpieczenia społecznego oraz ubezpieczenia zdrowotnego Oraz Samodzielnie rozliczam się
z Urzędem Skarbowym i ZUS-em.
8. Posiadam ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej/ zawrę umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej i dostarczę kopię polisy najpóźniej w dniu zawarcia umowy\*.
9. Posiadam aktualne orzeczenie lekarza medycyny pracy/zaświadczenie lekarskie o braku przeciwskazań
i zdolności do realizacji świadczeń zdrowotnych na stanowisku psychologa zobowiązuję się do dostarczenia kserokopii stosownych zaświadczeń lekarskich w dniu zawarcia umowy\*.
10. Posiadam dokument potwierdzający ukończenie kursu BHP/ zobowiązuję się do dostarczenia kserokopii dokumentu potwierdzającego ukończenie kursu BHP w dniu zawarcia umowy\*.
11. Oświadczam, że nie byłam/-em karana/-y za przewinienia/przestępstwa umyślne.
12. Oświadczam, że w Mazowieckim Specjalistycznym Centrum Zdrowia w Pruszkowie świadczę pracę/nie świadczę pracy\* na podstawie stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| *…………………………………*  *(miejscowość, data)* |  *……………………………………………..…………………* *(podpis przyjmującego Zamówienie lub*  *upoważnionego przedstawiciela)* |

*\*) niepotrzebne skreślić*