Załącznik nr 1
do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert
na Udzielenie Świadczeń Zdrowotnych (SWKO)

OFERTA na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez **PSYCHOLOGA w projekcie ERGO**, pn. „Identyfikacja czynników ryzyka zw. z pracą na stanowisku komputerowym i wdrożenie programu naprawczego wśród pracowników cywilnych i mundurowych Policji w województwie wielkopolskim" w Ortopedyczno – Rehabilitacyjnym Szpitalu Klinicznym im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

1. Dane oferenta

Imię i nazwisko ..... telefon .....
e-mail .....
adres: kod ..... miejscowość .....
ulica .... nr .....
PESEL .....

Numer rachunku bankowego do przelewu wynagrodzenia, w przypadku zawarcia umowy ……..……..

Część dotycząca Oferentów prowadzących działalność gospodarczą:
Nazwa prowadzonej działalność gospodarczej ……..
Pod adresem ..……..
NIP ……..... REGON ….....

Powyższy numer telefonu oraz adres e-mail wskazuję jako środki komunikacji przeznaczone do porozumiewania się ze mną przez Udzielającego Zamówienia w toku Konkursu ofert. Oświadczenia, wezwania i informacje przekazane za pośrednictwem jednego ze wskazanych środków uznaję za skutecznie złożone mi przez Udzielającego Zamówienia.

2. Zakres świadczeń

Składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez **psychologa w projekcie ERGO**.

……..
Data i podpis

3. Czas udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot konkursu.

Oferuję zawarcie umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez **psychologa w projekcie ERGO**, od dnia 01.02.2025 r. do dnia 31.05.2027 r.

……..
Data i podpis

4. OFERTA

1.1. Deklaruję wynagrodzenie w wysokości:

A. …… zł brutto* za wykonanie 1 analizy czynników psychosomatycznych x 1000 analiz = …… zł brutto

B. …… zł brutto* za opracowanie 1 sztuki wytycznych programu naprawczego x 1000 wytycznych = …… zł brutto

C. …… zł brutto* za godzinę wykładu x 45 godz. = …… zł brutto

Łączna deklarowana kwota wynagrodzenia to ……...…… zł brutto

**należy przez to rozumieć stawkę brutto wraz z pełnymi kosztami Udzielającego Zamówienia, związanymi z zatrudnieniem Oferenta.*

1.2. Oświadczam, że posiadam doświadczenie w stosowaniu testów psychologicznych do oceny wpływu środowiska pracy na stan psychiczny pracowników lub do oceny wypalenia zawodowego potwierdzone certyfikatami ukończonych kursów – liczba posiadanych certyfikatów w przedmiotowym zakresie: ……

Oświadczam ponadto, że liczba wskazana powyżej jest spójna z załączonymi kopiami tychże certyfikatów.

1.3. Oświadczam, że posiadam doświadczenie w obsłudze aplikacji raportujących dane personalne i medyczne; do dnia złożenia oferty obsługiwałem/łam: ……..… *(proszę wskazać liczbę aplikacji)* aplikacji/systemów raportujących dane personalne i medyczne o nazwach: ……..…… ……..……

……..

Data i podpis

5. Oświadczenia:

5.1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, wzorem umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez **psychologa w projekcie ERGO** (stanowiącym załącznik nr 2 do SWKO), i akceptuję zawarte w nich postanowienia, nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz posiadam informacje niezbędne do przygotowania oferty.

……..

Data i podpis

5.2. Oświadczam, że posiadam uprawnienia niezbędne do realizacji świadczeń stanowiących przedmiot Konkursu ofert oraz dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem do wykonywania świadczeń zdrowotnych oraz spełniam określone prawem oraz w treści Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert warunki ich realizacji.

……

Data i podpis

5.3. Oświadczam, że w przypadku dokonania wyboru przez Udzielającego Zamówienia złożonej przeze mnie oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy o treści zgodnej ze wzorem stanowiącym **Załącznik nr 2** do SWKO oraz przystąpienia do realizacji świadczeń zdrowotnych.

……..

Data i podpis

5.4. Oświadczam, że świadczenia wykonywane będą w Ortopedyczno - Rehabilitacyjnym Szpitalu Klinicznym im. W. Degi UM w Poznaniu przy wykorzystaniu aparatury i sprzętu medycznego znajdującego się w posiadaniu Udzielającego Zamówienia.

……
Data i podpis

5.5. *Zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy wykonywaniu świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych w treści obowiązujących przepisów prawnych oraz zgodnie z treścią umowy, której wzór stanowi załącznik nr 2 do SWKO.

……
Data i podpis
**dotyczy Oferentów, którzy nie posiadają umowy ubezpieczenia OC, aktualnej na dzień składania Ofert.*

5.6. Oświadczam, że wszystkie kserokopie dokumentów załączonych do niniejszej oferty, które nie są wydrukiem elektronicznym nie wymagającym podpisu, są zgodne z oryginałami.

…….
Data i podpis

5.7. Oświadczam, że jestem zaszczepiony/na przeciwko WZW.

…….
Data i podpis

ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

1. Kopie dokumentów potwierdzających uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych umową: dyplom ukończenia szkoły wyższej z tytułem magistra na kierunku psychologia,
2. Zaświadczenie lekarskie o zdolności do realizacji umowy,
3. Oświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej – dotyczy wyłącznie Oferentów prowadzących działalność gospodarczą;
4. Opis przebiegu pracy zawodowej potwierdzający niezbędną wiedzę i doświadczenie w zakresie oferowanych usług potwierdzony co najmniej 1 pracą naukową lub tytułem naukowym.
5. Kopia umowy odpowiedzialności cywilnej – jeśli Oferent dysponuje aktualną umową, na dzień złożenia Oferty – w przypadku braku umowy, Oferent zobowiązany jest złożyć stosowne oświadczenie, zgodne z treścią niniejszego formularza.