

**ZAKŁAD LECZNICTWA ODWYKOWEGO DLA  
OSÓB UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU  
W CZARNYM BORZE**

58-379 Czarny Bór, ul. Parkowa 8

tel. (74) 84 50 125, fax (74) 84 50 290, e-mail: [biuro@zlo.czarnybor.pl](mailto:biuro@zlo.czarnybor.pl) [www.zlo.czarnybor.pl](http://www.zlo.czarnybor.pl)

**Załącznik nr 3**  
do Zarządzenia nr 13  
z dnia 02 grudnia 2015 roku

.....  
(miejscowość i data)

**Zakład Lecznictwa Odwykowego  
w Czarnym Borze  
ul. Parkowa 8; 58-379 Czarny Bór**

.....  
(nazwa i adres zamawiającego)

**O F E R T A**

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrii, w komórce organizacyjnej

Zamawiającego: .....

.....

Imię.....

Nazwisko.....

PESEL.....

Nr prawa wykonywania zawodu.....

Specjalizacja, stopień specjalizacji.....

Nr rejestr. podmiotu wykonującego działalność leczniczą OIL .....

NIP.....REGON.....

Adres zamieszkania .....

.....

Adres korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem zamieszkania).....

.....

Tel. kontaktowy .....

E-mail .....

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w dziedzinie psychiatrii zgodnie z projektem umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.



**ZAKŁAD LECZNICTWA ODWYKOWEGO DLA  
OSÓB UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU  
W CZARNYM BORZE**

58-379 Czarny Bór, ul. Parkowa 8

tel. (74) 84 50 125, fax (74) 84 50 290, e-mail: biuro@zlo.czarnybor.pl www.zlo.czarnybor.pl

**OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:**

- ▲ Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy i nie zgłasza żadnych zastrzeżeń,
- ▲ Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w miejscu wskazanym przez Zamawiającego,
- ▲ Prowadzi działalność leczniczą w dziedzinie psychiatrii, zarejestrowaną w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą w OIL zgodnie z danymi wymienionym na wstępie niniejszej oferty,
- ▲ Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) lub zobowiązuje się do przedłużenia polisy OC na okres obowiązywania umowy.
- ▲ Posiada uprawnienia i kwalifikacje wynikające z dokumentów załączonych do oferty

Deklaracja ofertowa w zakresie psychiatrii dla (wypełnić właściwe):

**a) Poradni Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia (PTUiW - 1744)** w Dusznikach

Zdroju:

godziny pracy w: poniedziałek.....

wtorek.....

środa.....

czwartek.....

piątek.....

łącznie liczba godzin ....., które wykazane zostaną w portalu SOP - DOW NFZ

proponuje następujące warunki wynagrodzenia:

kwota ryczałtowa za miesiąc kalendarzowy: ..... zł/brutto

Działalność lecznicza na rzecz Zakładu Lecznictwa Odwykowego w Czarnym Borze jest działalnością podstawową/ dodatkową\* (zaznaczyć właściwe)

.....  
(podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)

**b) Poradni Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia (PTUiW - 1744)** w Kamiennej Górze:

godziny pracy w: poniedziałek.....

wtorek.....

środa.....

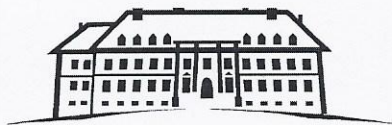
czwartek.....

piątek.....

łącznie liczba godzin ....., które wykazane zostaną w portalu SOP - DOW NFZ

proponuje następujące warunki wynagrodzenia:





**ZAKŁAD LECZNICTWA ODWYKOWEGO DLA  
OSÓB UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU  
W CZARNYM BORZE**

58-379 Czarny Bór, ul. Parkowa 8

tel. (74) 84 50 125, fax (74) 84 50 290, e-mail: biuro@zlo.czarnybor.pl www.zlo.czarnybor.pl  
kwota ryczałtowa za miesiąc kalendarzowy: ..... zł/brutto  
wartość 1 punktu .....zł/brutto

Działalność lecznicza na rzecz Zakładu Lecznictwa Odwykowego w Czarnym Borze jest działalnością podstawową/ dodatkową\* (zaznaczyć właściwe)

.....  
(podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)

**c) Poradnia Zdrowia Psychicznego (PZP - 1700) w Kamiennej Górze:**

godziny pracy w: poniedziałek.....

wtorek.....

środa.....

czwartek.....

piątek.....

łącznie liczba godzin ....., które wykazane zostaną w portalu SOP - DOW NFZ

proponuje następujące warunki wynagrodzenia:

kwota ryczałtowa za miesiąc kalendarzowy: ..... zł/brutto

wartość 1 punktu .....zł/brutto

Działalność lecznicza na rzecz Zakładu Lecznictwa Odwykowego w Czarnym Borze jest działalnością podstawową/ dodatkową\* (zaznaczyć właściwe)

.....  
(podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)

**d) Całodobowy Oddział Terapii Uzależnień (COTU - 4740) w Czarnym Borze:**

godziny pracy w: poniedziałek.....

wtorek.....

środa.....

czwartek.....

piątek.....

sobota.....

niedziela.....

łącznie liczba godzin ....., które wykazane zostaną w portalu SOP - DOW NFZ

proponuje następujące warunki wynagrodzenia:

kwota ryczałtowa za miesiąc kalendarzowy: ..... zł/brutto

wartość 1 godziny udzielanych świadczeń .....zł/brutto

Działalność lecznicza na rzecz Zakładu Lecznictwa Odwykowego w Czarnym Borze jest działalnością podstawową/ dodatkową\* (zaznaczyć właściwe)

.....



**ZAKŁAD LECZNICTWA ODWYKOWEGO DLA  
OSÓB UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU  
W CZARNYM BORZE**

58-379 Czarny Bór, ul. Parkowa 8

tel. (74) 84 50 125, fax (74) 84 50 290, e-mail: [biuro@zlo.czarnybor.pl](mailto:biuro@zlo.czarnybor.pl) [www.zlo.czarnybor.pl](http://www.zlo.czarnybor.pl)  
(podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)

**d) Całodobowy Oddział Podwójnej Diagnostyki (COPD - 4754) w Czarnym Borze:**

godziny pracy w: poniedziałek.....

wtorek.....

środa.....

czwartek.....

piątek.....

sobota.....

niedziela.....

łączna liczba godzin ....., które wykazane zostaną w portalu SOP – DOW NFZ

proponuje następujące warunki wynagrodzenia:

kwota ryczałtowa za miesiąc kalendarzowy: ..... zł/brutto

wartość 1 godziny udzielanych świadczeń .....zł/brutto

Działalność lecznicza na rzecz Zakładu Lecznictwa Odwykowego w Czarnym Borze jest działalnością podstawową/ dodatkową\* (zaznaczyć właściwe)

.....  
(podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)

Czarny Bór 2015-12-02

Zatwierdził:

Dyrektor

Jacek Kasprzak

**DYREKTOR**  
Zakładu Lecznictwa Odwykowego  
dla Osób Uzależnionych od Alkoholu  
w Czarnym Borze  
*mgr Jacek Kasprzak*  
Specjalista psychoterapii uzależnień