

## FORMULARZ OFERTY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

### 1. Dane oferenta

A. Podmiot wykonujący działalność leczniczą;

Nazwa i siedziba .....

Nazwa rejestru ..... nr .....

NIP .....

B. Nr prawa wykonywania zawodu.

.....

C. Kwalifikacje:

.....  
.....

D. Specjalizacja: .....

E. Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie :

I. Udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom w Wojewódzkim Ośrodku Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia w Opolu, Opole ul Głogowska 25 b przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii lub lekarza, który posiada specjalizację II stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii w zakresie porad diagnostycznych; porad kolejnych w Poradni Leczenia Uzależnień oferowana cena za 1 pkt .....

Proponowana dostępność – ilość godziny w tygodniu .....

Proponowane dni w tygodniu ( proszę wstawić znak „x”):

poniedziałek	wtorek	środa	Czwartek	piątek	sobota	niedziela

w Poradni Leczenia Uzależnień dla Dzieci i Młodzieży oferowana cena za 1 pkt .....

Proponowana dostępność – ilość godziny w tygodniu .....

Proponowane dni w tygodniu ( proszę wstawić znak „x”):

poniedziałek	wtorek	środa	Czwartek	piątek	sobota	niedziela

II. Udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom w Wojewódzkim Ośrodku Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia w Opolu, Opole ul Głogowska 25 b przez specjalistę psychoterapii uzależnień, osobę posiadającą status osoby uczestniczącej w programie szkoleniowym dla specjalisty psychoterapii uzależnień potwierdzonym odpowiednim zaświadczeniem wydanym przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych lub Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii w zakresie:

- 1) porad diagnostycznych;
- 2) sesji psychoterapii indywidualnej;
- 3) porad terapeutycznych;
- 4) sesji psychoterapii grupowej;
- 5) sesji psychoterapii rodzinnej;
- 6) sesji psychoedukacyjnych;
- 7) wizyt kontynuujących leczenie.

w Poradni Leczenia Uzależnień oferowana cena za 1 pkt .....

Proponowana dostępność – ilość godziny w tygodniu .....

Proponowane dni w tygodniu ( proszę wstawić znak „x”):

poniedziałek	wtorek	środa	Czwartek	piątek	sobota	niedziela

w Poradni Leczenia Uzależnień dla Dzieci i Młodzieży oferowana cena za 1 pkt .....zł.

Proponowana dostępność – ilość godziny w tygodniu .....

Proponowane dni w tygodniu ( proszę wstawić znak „x”):

poniedziałek	wtorek	środa	Czwartek	piątek	sobota	niedziela

III. Udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom w Wojewódzkim Ośrodku Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia w Opolu, Opole ul Głogowska 25 b przez instruktora terapii uzależnień, osobę posiadającą status osoby uczestniczącej w programie szkoleniowym dla instruktora terapii uzależnień, potwierdzony zaświadczeniem wydanym odpowiednio przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych albo Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii w zakresie:

- 1) sesji psychoterapii grupowej;
- 2) sesji psychoedukacyjnych;
- 3) wizyt kontynuujących leczenie.

w Poradni Leczenia Uzależnień oferowana cena za 1 pkt .....zł.

w Poradni Leczenia Uzależnień dla Dzieci i Młodzieży oferowana cena za 1 pkt .....zł.

F. Oświadczenia:

- 1) Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia oraz szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.