**ZAŁACZNIK NR 5**

**I. Proponowana kwota należności za pracę w Poradni Zdrowia Psychicznego**

 **i PLU iW od Alkoholu.**

**1.Praca psychologa i specjalisty w Poradni**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Poradnia Zdrowia Psychicznego****PLU i W od Alkoholu** | **% za jeden pkt. rozliczeniowy** |
| **1.** | Porada Psychologiczna |  |
| **2.** | Porada PsychologicznaDiagnostyczno-terapeutyczna |  |
| **3.** | Porada terapeutyczno-diagnostyczna |  |
| **4.** | Sesja Psychoterapii Indywidualnej |  |
| **5** | Porada /Wizyta Terapeutyczna |  |
| **6** | Porada/Wizyta Diagnostyczna |  |

.............................................. ...................................................................

 Miejscowość, data podpis oferenta

Załączniki:

1. Kserokopia aktualnego wpisu z KRS lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji o działalności gospodarczej,

2. Dane indentyfikacyjne Oferenta, Regon – kserokopia poświadczona

3. Kserokopia dyplomu ukończenia studiów, certyfikat ,kursy , zaświadczenia

4. Kopie polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez Oferenta Umowy ubezpieczenia od

 odpowiedzialności cywilnej Oferenta za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń, obejmujące

 przypadki przeniesienia chorób zakaźnych, w tym zakażeń wirusem HIV i WZW w zakresie przedmiotu.

5.Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej podmiotów wykonujących działalność leczniczą w

 przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego.

ZAŁACZNIK NR 5

I. Wykonywanie sekcji zwłok

1. Proponowana kwota należności za:

|  |  |
| --- | --- |
| Świadczenia zdrowotne w zakresie | Cena jednostkowa brutto za jedno badanie sekcyjne w zł) |
| 1. Sekcji zwłok |  |

Oferujemy termin płatności do 14 dni od daty przekazania rachunku do Zamawiającego każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni.

………………………………… ………………………………….

Miejscowość, data pieczęć i podpis oferenta

Załączniki:

1. Kserokopia aktualnego wpisu do KRS lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności

 gospodarczej.

 2. Dane identyfikacyjne Oferenta, REGON – kserokopia.

 3. Kserokopia dyplomu ukończenia studiów, prawa wykonywania zawodu zawierająca numer

 oraz dyplom specjalizacji z danej dziedziny/patomorfolog/

 4. .Kopie polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez Oferenta Umowy

 ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej.

 5.Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej podmiotów wykonujących

 działalność leczniczą w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego.

 ZAŁACZNIK NR 5

**I. Wykonywanie prac protetycznych**

 **1. Proponowana kwota należności za:**

|  |  |
| --- | --- |
| Świadczenia zdrowotne w zakresie | Cena jednostkowa za świadczenie  medyczne  (cena brutto w zł) |
| 1. Naprawa protezy  |  |
| 2. Wykonanie protezy w zakresie 1-4 zębów |  |
| 3. Wykonanie protezy w zakresie 5-10 zębów |  |
| 4. Wykonanie protezy całkowitej  |  |

Oferujemy termin płatności do 14 dni od daty przekazania rachunku do Zamawiającego każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni.

………………………………… ………………………………….

Miejscowość, data pieczęć i podpis oferenta

Załączniki:

1. Kserokopia aktualnego wpisu do KRS lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności

 gospodarczej.

 2. Dane identyfikacyjne Oferenta, REGON – kserokopia.

 3. Kserokopię świadectwa właściwej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej dopuszczającej

 pracownię protetyczną do świadczenia usług.

 4. Dyplom potwierdzający wymagane kwalifikacje oraz zaświadczenia o ukończeniu

 wymaganych kursów.