



NIP: 7010819366
REGON: 380016423

EZRA UKSW sp. z o.o.

ul. Karola Miarki 13, 01-496 Warszawa

Załącznik nr 1 Formularz oferty - do konkursu ofert - 67.K.2024

EZRA UKSW Sp. z o.o.

ul. Karola Miarki 13

01-496 Warszawa

O F E R T A

NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Niniejszym składam ofertę na realizację **świadczeń zdrowotnych, realizowanych w placówkach należących do EZRA UKSW Sp. z o.o., na:**

usługi psychologiczne w zakresie kompetencji psychologa z doświadczeniem w pracy z dziećmi i młodzieżą

w następującej lokalizacji:

EZRA UKSW Sp. z o.o. – ul. Generała Władysława Sikorskiego 6a, 15-667 Białystok

Oświadczam, iż składam ofertę jako:

~~osoba fizyczna~~

osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą

Wypełnia osoba składająca ofertę jako osoba fizyczna

DOTYCZY

~~NIE DOTYCZY~~

Imię i nazwisko.....

Adres

Nr telefonu

e-mail

PESEL.....

Numer prawa wykonywania zawodu (PWZ) *

Specjalizacja w zakresie (stopień specjalizacji)*

Nr dokumentu specjalizacji*

Adres do korespondencji:



EZRA UKSW sp. z o.o.

ul. Karola Miarki 13, 01-496 Warszawa

NIP: 7010819366
REGON: 380016423

Wypełnia osoba składająca ofertę jako osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą

DOTYCZY NIE DOTYCZY

Pełna nazwa Oferenta PRYWATNY GABINET PSYCHOLOGICZNY MILENA SZOSTEK
NIP 966-187-52-95
REGON 52.0095268
Adres Wykonawcy UL. ŚW. MIKOŁAJA 1 LOK. 36 15-419 BIAŁYSTOK
Imię MILENA
Nazwisko SZOSTEK
Nr telefonu 668-700-506
e-mail ml.lenia.szostek@wp.pl
PESEL 85013009202
Numer prawa wykonywania zawodu (PWZ) *
Specjalizacja w zakresie (stopień specjalizacji)*
Nr dokumentu specjalizacji*
Adres indywidualnej praktyki:
UL. SŁOJA BARANOWICKA 98 15-509 SOBÓLEWO
Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem praktyki):
UL. SŁOJA BARANOWICKA 98 15-509 SOBÓLEWO

I. Proponuję następujący harmonogram udzielania świadczeń w każdym miesiącu:

Dzień tygodnia	Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek	Sobota
Propozycja godzin pracy	14 ⁰⁰ -20 ⁰⁰	14 ⁰⁰ -20 ⁰⁰	-	8 ⁰⁰ -12 ⁰⁰	8 ⁰⁰ -16 ⁰⁰	*

II. Deklaruję następującą kwotę za zrealizowanie poszczególnego świadczenia w ramach katalogu usług A:

	Świadczenia katalog A	Czas trwania	Cena ****
1	Porada psychologiczna diagnostyczna	90 minut	160,-
2	Porada psychologiczna diagnostyczna	60 minut	120,-
3	Porada psychologiczna	60 minut	120,-
4	Porada psychologiczna	30 minut	60,-
5	Sesja psychoterapii grupowej – dwóch prowadzących (90 minut)	90 minut	150,-

**EZRA UKSW sp. z o.o.**

ul. Karola Miarki 13, 01-496 Warszawa

NIP: 7010819366
REGON: 380016423

6	Sesja wsparcia psychospołecznego	60 minut	120,-
7	Sesja wsparcia psychospołecznego w środowisku	90 minut	160,-
8	Wizyta, porada domowa lub środowiskowa – dwóch prowadzących	90 minut	150,-
9	Wizyta, porada domowa lub środowiskowa kolejna w tym samym miejscu - dwóch prowadzących	60 minut	150,-
Średnia cena za 1 świadczenie			

Deklaruję maksymalną liczbę godzin w ramach katalogu usług A w każdym miesiącu*:

60

* Sposób wyliczenia maksymalnej liczby godzin:

62% x deklarowana liczb godzin z pkt I niniejszego formularza oferty (np. 62% x 160h = 99 h)

III. Deklaruję następującą maksymalną liczbę świadczeń w ramach katalogu usług B w każdym miesiącu*:

19

Oferuję wynagrodzenie w wysokości 50,- za jedno świadczenie****.

*Sposób wyliczenia maksymalnej liczby świadczeń:

W ramach 160h Udzielający Zamówienia dopuszcza rozliczenie max. 30 świadczeń z katalogu B w skali miesiąca.

IV. Deklaruję następującą kwotę za jedną godzinę szkolenia wprowadzającego dot. świadczenia usług medycznych*:**

10 godzin

Oferuję wynagrodzenie w wysokości 50,- za jedną godzinę****.

*W ramach szkolenia wprowadzającego zrealizowanie zostanie max. 40 godzin.

V. Oświadczenia**OŚWIADCZAM, IŻ*:**



EZRA UKSW sp. z o.o.

ul. Karola Miarki 13, 01-496 Warszawa

NIP: 7010819366
REGON: 380016423

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia w sprawie konkursu ofert na wykonywanie świadczeń medycznych oraz warunkami konkursu ofert i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że akceptuję wzór załączonej umowy, właściwej dla zadania wskazanego w ofercie.
3. Oświadczam, że uważam się za związanego z niniejszą ofertą 90 dni od upływu terminu do składania ofert.
4. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będę na rzecz EZRA UKSW Sp. z o.o. w miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego zamówienia.
5. Świadczeń zdrowotnych udzielać będę osobiście.
6. Posiadam aktualne ~~ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (oc)~~/ Zobowiązuje się do zawarcia ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej* na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości50.000,-.....
7. Oświadczam, że w cenę realizacji usług wliczone zostały wszystkie niezbędne koszty dot. jej prawidłowej realizacji (np. składki Płatnika, koszty ubezpieczenia, koszty dojazdu itp.).
8. Zobowiązuje się do zawarcia polisy ubezpieczeniowej o odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń zdrowotnych, w oparciu o Rozporządzenie Ministra Finansów w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą z dnia 29 kwietnia 2019 roku (Dz.U. 2019 r., poz. 866) oraz do przedstawienia ważnego orzeczenia lekarskiego, zaświadczenia o niekaralności z KRK, w ciągu siedmiu dni od przyjęcia oferty, jednak nie później niż w dniu zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

ZAŁĄCZNIKI:

1. Kopie dokumentów stwierdzających posiadanie wymaganych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych (jeżeli dotyczy):
 - a) aktualne CV na dzień złożenia oferty,
 - b) kopię dyplomu ukończenia szkoły wyższej/ uczelni medycznej**,
 - c) kopię dyplomu specjalizacji lub kopię decyzji Ministra Zdrowia dot. uznania dorobku w specjalizacji psychoterapia dzieci i młodzieży,
 - d) kopię karty specjalizacyjnej w przypadku rozpoczęcia specjalizacji, inne dokumenty potwierdzające doświadczenie i uprawnienia zawodowe / certyfikaty, zaświadczenia, dyplomy itd./,
 - e) kopię prawa wykonywania zawodu**,
 - f) aktualne badania lekarskie,
 - g) kopie zaświadczeń i certyfikatów kursów i szkoleń.
2. W przypadku lekarzy kopię zezwolenia na wykonywanie indywidualnej lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej**.
3. Kopie dokumentów potwierdzających posiadane doświadczenie zawodowe (tj. roczne doświadczenie w pracy psychologicznej z dziećmi, młodzieżą i ich rodzinami poświadczone), tj. dokumenty, które mogą być podstawą do weryfikacji tego doświadczenia: świadectwo pracy, umowa o pracę, umowa zlecenia itp. Z dokumentów musi wynikać zakres wykonanych prac/petnionych obowiązków.
4. Wydruk z CEIDG;
5. Kopia orzeczenia lekarskiego lub oświadczenie o dostarczeniu takiego dokumentu w dniu rozpoczęcia udzielania świadczeń***.





EZRA UKSW sp. z o.o.

ul. Karola Miarki 13, 01-496 Warszawa

NIP: 7010819366

REGON: 380016423

6. Polisa OC/certyfikat ***.
7. Pełnomocnictwo wystawione zgodnie z szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu oferenta
8. Zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego.
9. Załączniki powinny być potwierdzone przez oferenta za zgodność z oryginałem.

Małgorzata Ewa Szwedek

(podpis osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)

*niepotrzebne skreślić

** dołączyć, gdy dotyczy oferty

*** jeśli dotyczy

**** W cenę realizacji usług należy wliczyć wszystkie niezbędne koszty dot. jej prawidłowej realizacji (np. składki Płatnika, koszty ubezpieczenia, koszty dojazdu itp.).

P R K VII

Kwalifikacja pełna na poziomie
siódnym Polskiej Rany Kwalifikacji



Pan(a) Milena Ewa Szostek

data urodzenia 30 stycznia 1985

miejsce urodzenia Białystok

(podpis posiadacza dyplomu)

Nr dyplomu 16665

WYŻSZA SZKOŁA ADMINISTRACJI PUBLICZNEJ
IMIENIA STANISŁAWA STASZICA W BIAŁYMSTOKU



DYPLOM UKOŃCZENIA
JEDNOLITYCH STUDIÓW MAGISTERSKICH
i uzyskania kwalifikacji drugiego stopnia
wydany w Rzeczypospolitej Polskiej

na kierunku Psychologia

w specjalności: psychologia kliniczna
i zdrowia

w obszarze nauk społecznych

o profilu kształcenia opracowadewicium

w formie wielostopniowej

z wynikiem dobrym plus

i uzyskania w dniu 09 sierpnia 2019

tytułu zawodowego magister

Rektor
dr n. praw. dr h.c.
Adamina Partyka-Skrzypek

(pieczęć imienna i podpis)

dnia 09.08.2019

Białystok

*Patuzendrojam 12. 12. 2024r.
a sygnalemu*

*24.04.2024r.
Sienka Ewa, Szostek
mgr Milena Szostek*

PSYCHOLOG

Uniwersytet w Białymstoku

(nazwa uczelni)

Wydział Pedagogiki i Psychologii

(nazwa podstawowej jednostki organizacyjnej uczelni)



DYPLOM

ukończenia studiów w formie niestacjonarnej

na kierunku pedagogika

w specjalności pedagogika opiekuńczo-wychowawcza

z wynikiem dobrym

i uzyskaniu w dniu 21 września 2009

tytułu zawodowego magistra

Kierownik podstawowej jednostki organizacyjnej

DZIEKAN

WYDZIAŁU PEDAGOGIKI I PSYCHOLOGII

Elżbieta Kiełmek

dr hab. (pełne imię i podpis) prof. dr hab. Inż. Mariola Brodzińska

prof. dr hab. Inż. Mariola Brodzińska

(pełne imię i podpis)

Rektor

UNIWERSYTET W BIAŁYMSTOKU

prof. dr hab. Inż. Mariola Brodzińska

(pełne imię i podpis)

Białystok dnia 21 września 2009

(miejscowość)



Pani Milena Ewa Szostek

(imię/imiiona i nazwisko)

data urodzenia 30 stycznia 1985

miejscu urodzenia Białystok

Milena Szostek
(podpis posiadacza dyplomu)

Nr dyplomu 35748

Przejętym za zgodności
z oryginałem
24.09.2009
mgr Milena Szostek
PSYCHOLOG



Revita Centrum Medyczne s.c.
w Białymstoku
ul. 1000 lecia PP 10 lok. 21 A

SKIEROWANIE NA BADANIA LEKARSKIE
(wstępne/okresowe/kontrolne*)

Działając na podstawie art. 229 § 4a ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy, kieruję na badania lekarskie:

Pana/Panią*) Milenę Ewę Szostek,

(imię i nazwisko)

nr PESEL**) 85013009202,

zamieszkałego/zamieszkałą*) 15 – 509 Sobolewo, ul. Szosa Baranowicka 98
(miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

zatrudnionego/zatrudnioną*) lub podejmującego/podejmującą*) pracę na stanowisku lub stanowiskach pracy psychologa szkolnego

określenie stanowiska/stanowisk*) pracy***):

Praca w pozycji siedzącej lub stojącej polegająca na prowadzeniu zajęć dydaktycznych, wychowawczych i opiekuńczych z młodzieżą. Obsługa komputera.

Opis warunków pracy uwzględniający informacje o występowaniu na stanowisku lub stanowiskach pracy czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy, z podaniem wielkości narażenia oraz aktualnych wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia, wykonanych na tym stanowisku/stanowiskach – należy wpisać nazwę czynnika/czynników i wielkość/wielkości narażenia****):

I. Czynniki fizyczne: -----

II. Pyły: -----

III. Czynniki chemiczne: -----

IV. Czynniki biologiczne: -----

V. Inne czynniki, w tym niebezpieczne: wysiłek głosowy, obsługa komputera.

Łączna liczba czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy wskazanych w skierowaniu:

2

18.09.2023
mgr Milena Szostek
mgr Andrzej Uścińowicz
Dyrektor Szkoły
PSYCHOLOG
apodpisz z opiekunem 24.09.2023

Objaśnienia:

- *) Niepotrzebne skreślić.
- ***) W przypadku osoby, której nie nadano numeru PESEL – seria, numer i nazwa dokumentu stwierdzającego tożsamość, a w przypadku osoby przyjmowanej do pracy – data urodzenia.
- *****) Opisać: rodzaj pracy, podstawowe czynności, sposób i czas ich wykonywania.
- *****) Opis warunków pracy uwzględniający w szczególności przepisy:
 - 1) wydane na podstawie:
 - a) art. 222 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy dotyczące wykazu substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym,
 - b) art. 222¹ § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy dotyczące wykazu szkodliwych czynników biologicznych,
 - c) art. 227 § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy dotyczące badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia,
 - d) art. 228 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy dotyczące wykazu najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy,
 - e) art. 25 pkt 1 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe (tekst jedn.: Dz. U. z 2021 r. poz. 1941 ze zm.) dotyczące dawek granicznych promieniowania jonizującego;
 - 2) załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy.

Skierowanie na badania lekarskie jest wydawane w dwóch egzemplarzach, z których jeden otrzymuje osoba kierowana na badania.

* Niepotrzebne skreślić

Pobranam za zgodą
z systemem 24.04.2024.
mgr Milena Szostek

Revita Centrum Medyczne s.c.
ul. 1000lecia Państwa Polskiego 10 lok. 21A 15-111 Białystok
Nr wpisu do rej.:000000178765
NIP: 542-323-21-63, REGON: 200789688-00028
Tel. (85) 831-15-90

Rodzaj badania lekarskiego:
wstępne/ okresowe/ kontrolne

ORZECZENIE LEKARSKIE NR 12503/2023/MP/WM

wydane na podstawie skierowania na badania lekarskie z dnia 30.08.2023

W wyniku badania lekarskiego i oceny narażeń występujących na stanowisku pracy, stosownie do art.43 pkt 2 i art. 229 § 4 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1502, z późn. zm.), orzeka się, że:

Pani **MILENA EWA SZOSTEK**
Nr PESEL^{*)} **85013009202**
zamieszkała w **15-509 SOBOLEWO, SZOSA BARANOWICKA 98**
zatrudniona /przyjmowana⁾ do pracy w
SZKOŁA PODSTAWOWA nr 43 im. Simony Kossak
15-662 Białystok, Stroma 16
na stanowisku/stanowiskach/
stanowisko/stanowiska⁾ **PSYCHOLOG SZKOLNY**

- wobec braku przeciwwskazań zdrowotnych jest zdolna do wykonywania/podjęcia⁾ pracy na określonym stanowisku od (symbol 21)

~~- wobec istnienia przeciwwskazań zdrowotnych jest niezdolna do wykonywania/podjęcia⁾ pracy na określonym stanowisku (symbol 22)~~

~~- wobec istnienia przeciwwskazań zdrowotnych utraciła zdolność do wykonywania dotychczasowej pracy z dniem (symbol 23)~~

Data następnego badania okresowego: **19.09.2027.**

BADANIE LEKARSKIE
LEK. MED. WYDZIAŁ
20/24/2023/12503

Białystok, dnia 19.09.2023

(pieczętka i podpis lekarza przeprowadzającego badanie lekarskie)

POUCZENIE:

1. Osoba badana lub pracodawca może w terminie 7 dni od dnia otrzymania orzeczenia lekarskiego wnieść odwołanie wraz z jego uzasadnieniem za pośrednictwem lekarza, który je wydał, do jednego z podmiotów odwoławczych, którymi są:
- wojewódzkie ośrodki medycyny pracy właściwe ze względu na miejsce świadczenia pracy lub siedzibę jednostki organizacyjnej, w której jest zatrudniony pracownik;
2) instytuty badawcze w dziedzinie medycyny pracy lub Uniwersyteckie Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni, w przypadku orzeczenia lekarskiego wydanego przez lekarza zatrudnionego w wojewódzkim ośrodku medycyny pracy;
3) Centrum Naukowe Medycyny Kolejowej, w przypadku orzeczenia lekarskiego wydanego przez Kolejowy Zakład Medycyny Pracy;
4) podmioty lecznicze utworzone i wyznaczone przez Ministra Obrony Narodowej.
 2. Orzeczenie lekarskie wydane w trybie odwołania jest ostateczne.
 3. Orzeczenie lekarskie jest wydawane w dwóch egzemplarzach, z których jeden otrzymuje osoba badana, a drugi pracodawca.
- Symbole rodzaju orzeczenia:
21 - wobec braku przeciwwskazań zdrowotnych zdolny do wykonywania pracy na wskazanym (dotychczasowym) stanowisku pracy
22 - wobec przeciwwskazań zdrowotnych niezdolny do wykonywania pracy na wskazanym (dotychczasowym) stanowisku pracy
23 - wobec przeciwwskazań zdrowotnych utracił zdolność do wykonywania dotychczasowej pracy
- Objaśnienia:
*) Niepotrzebne skreślić.
**) W przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL - seria, numer i nazwa dokumentu potwierdzającego tożsamość.
***) Skreślić w przypadku orzeczenia lekarskiego wydanego w trybie odwoławczym.

PSYCHOLOG
Potwierdzam
e z upoważnieniem
mgr Milena Szostek
20.09.2023



Milena Ewa Szojtek
ul. Słosa Baranowicka 98
15-509 Sobolewo

MINISTERSTWO
BIURO IN
KRAJOWEGO R

MINISTERSTWO SPRAWIEDLIWOŚCI
ZNAK OPŁATY SĄDOWEJ



MINISTERSTWO SPRAWIEDLIWOŚCI
ZNAK OPŁATY SĄDOWEJ



MINISTERSTWO SPRAWIEDLIWOŚCI
KRAJOWEGO REJESTRU KARNY
Nazwa i adres podmiotu kierującego
zapytaniem oraz numer urzędzenia
służącego do automatycznego
odbioru informacji
04-03-2024 <<5<<
Data wystawienia
PUNKT INFORMACYJNY
KRAJOWEGO REJESTRU KARNEGO
w BIAŁYMSTOKU
przy SĄDZIE OKRĘGOWYM

miejsce na znaki opłaty sądowej
Opłatę na kwotę 30 zł
słownie: trzydzieści zł
data 04-03-2024
podpis bmm

ZAPYTANIE O UDZIELENIE INFORMACJI O OSOBIE**)

85013009202
Numer PESEL

numer paszportu albo innego dokumentu
stwierdzającego tożsamość***)

- 1. Nazwisko rodowe SZOJTEK
- 2. Nazwisko (w tym przybrane) SZOJTEK
- 3. Imiona MILENA EWA
- 4. Imię ojca ANDRZEJ
- 5. Imię matki EWA
- 6. Data urodzenia 30.07.1985r.
- 7. Nazwisko rodowe matki SZUM
- 8. Miejsce urodzenia BIAŁYSTOK
- 9. Obywatelstwo POLSKIE
- 10. Miejsce zamieszkania ul. Słosa Baranowicka 98 15-509 Sobolewo
- 11. Wskazanie postępowania, w związku z którym zachodzi potrzeba uzyskania informacji o osobie
ob dokumentacji w miejscu pracy

12. Rodzaj danych, które mają być przedmiotem informacji o osobie:****)

- 1. Kartoteka karna
- 2. Kartoteka nieletnich
- 3. Kartoteka osób pozbawionych wolności oraz poszukiwanych listem gończym

13. Zakres danych, które mają być przedmiotem informacji o osobie

NIE FIGURUJE
w KARTOTECE KARNEJ
KRAJOWEGO REJESTRU KARNEGO

Dnia 04-03-2024 <<7<<

PUNKT INFORMACYJNY
KRAJOWEGO REJESTRU KARNEGO
w BIAŁYMSTOKU
przy SĄDZIE OKRĘGOWYM



Milena Ewa Szojtek
(podpis osoby uprawnionej)

Barbara Piękarśka

*) Jeżeli zapytanie podlega opłacie i jest ona wnoszona znakami opłaty sądowej.
**) Dane osobowe należy podać na podstawie dokumentów stwierdzających tożsamość.
***) Należy wypełnić, w przypadku gdy zapytanie dotyczy osoby nieposiadającej numeru PESEL.
****) W punkcie 12 należy wstawić X w odpowiednim kwadracie.

Pouczenie
Uzyskanie bez uprawnienia informacji o osobie z Krajowego Rejestru Karnego jest zagrożone grzywną, karą ograniczenia wolności albo karą pozbawienia wolności do lat 2 (art. 25 ustawy z dnia 24 maja 2000 r. o Krajowym Rejestrze Karnym).

Centrum Kreatywnego Rozwoju Dziecka
"PRAKSJA" Marek Zaborowski
17-230 Białowieża, Teremiski 14A
NIP 5431108443, REG. 362015700
tel. 502 153 927

Hajnówka, dn.22.02.2023r.

Zaświadczenie

Pani mgr Milena Szostek była zatrudniona w Centrum Kreatywnego Rozwoju Dziecka „PRAKSJA” na stanowisku psychologa- diagnosty, w okresie od marca 2021r. do listopada 2022r.

Centrum Kreatywnego Rozwoju Dziecka
"PRAKSJA" Marek Zaborowski
17-230 Białowieża, Teremiski 14A
NIP 5431108443, REG. 362015700
tel. 502 153 927

Potwierdzam na podstawie
innych materiałów

24.04.2024r.

PSYCHOLOG
mgr Milena Szostek



**PZG SPECJALISTYCZNY OŚRODEK DIAGNOZY I REHABILITACJI
DZIECI I MŁODZIEŻY Z WADĄ SŁUCHU**

15-660 BIAŁYSTOK, UL. WITOSA 36, TEL / FAX (085) 74 13 576

Białystok 15.02.2023r

ZAŚWIADCZENIE

Pani mgr **Milena Ewa Szostek** była zatrudniona w okresie od 17.10.2020r do 28.02.2022r w Polskim Związku Głuchych Specjalistycznym Ośrodku Diagnozy i Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży z Wadą Słuchu w Białymstoku na stanowisku psychologa. Ośrodek udziela świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie rehabilitacja lecznicza. W trakcie zatrudnienia w/w prowadziła terapię oraz diagnozę psychologiczną pacjentów.


Kierownik Ośrodka

mgr Alina Korniluk-Barto

**POLSKI ZWIĄZEK GŁUCHYCH
SPECJALISTYCZNY OŚRODEK DIAGNOZY
I REHABILITACJI DZIECI I MŁODZIEŻY
z WADĄ SŁUCHU**
15-660 Białystok, ul. Witosa 36
tel./fax 85 741 35 76
NIP 542-20-05-092, REG. 00078908000022
ks rej. 000000010728, kod. res. 02-007-2300
Ośrodek Rehabilitacji Dniennej

Potwierdam na podstawie
2 zapytań

24.04.2024r.


mgr Mi. Szostek





POLISA UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ ZAWODOWEJ
Numer polisy 1094137586



1	Okres ubezpieczenia: od 25.04.2024 r. do 24.04.2025 r.						
2	Ubezpieczający: PRYWATNY GABINET PSYCHOLOGICZNY MILENA SZOSTEK Adres siedziby: ŚWIĘTEGO MIKOŁAJA 1 m. 36, 15-419 BIAŁYSTOK E-mail: mi.lena.szostek@wp.pl	Telefon: +48668700506	REGON: 520095268				
3	Ubezpieczony: PRYWATNY GABINET PSYCHOLOGICZNY MILENA SZOSTEK Adres siedziby: ŚWIĘTEGO MIKOŁAJA 1 m. 36, 15-419 BIAŁYSTOK E-mail: mi.lena.szostek@wp.pl	Telefon: +48668700506	REGON: 520095268				
4	Zakres ubezpieczenia dobrowolnego Odpowiedzialność cywilna psychologa (klauszula nr 69)	Suma gwarancyjna Na jeden wypadek Na wszystkie wypadki ubezpieczeniowy ubezpieczeniowe 50 000 PLN 50 000 PLN					
5	Składka łączna: 68,00 PLN						
	<table border="1"> <tr> <td>Kwota w PLN</td> <td>Jednorazowo</td> </tr> <tr> <td>Termin płatności</td> <td>02.05.2024</td> </tr> </table>	Kwota w PLN	Jednorazowo	Termin płatności	02.05.2024		
Kwota w PLN	Jednorazowo						
Termin płatności	02.05.2024						
6	Numer rachunku bankowego do zapłaty składki 54 1240 6960 3014 0110 3849 7108 W tytule przelewu prosimy wpisać: Nr 1094137586						

7	Warunki ubezpieczenia 1. Do umowy ubezpieczenia dobrowolnego mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zawodowej ustalone uchwałą nr UZ/211/2016 z dnia 7 czerwca 2016 r. ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/215/2018 z dnia 6 lipca 2018 r.
----------	--

8	Postanowienia dodatkowe Ubezpieczenie dobrowolne Klauszula Nr 69 Klauszula odpowiedzialności cywilnej z tytułu wykonywania zawodu psychologa 1. Z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszą kłauzulą postanowień OWU, PZU obejmuje ochroną ubezpieczeniową odpowiedzialność cywilną ubezpieczonego za szkody powstałe wskutek wykonywania zawodu psychologa. 2. PZU nie ponosi odpowiedzialności za szkody: 1) rzeczowe albo polegające na powstaniu czystej straty finansowej; 2) za które ubezpieczony jest odpowiedzialny wskutek umownego rozszerzenia odpowiedzialności cywilnej w stosunku do zakresu odpowiedzialności wynikającej z powszechnie obowiązujących przepisów prawa, w szczególności wprowadzających zobowiązanie do osiągnięcia rezultatu w miejsce zobowiązania do starannego działania; 3) wynikłe z przeniesienia chorób zakaźnych, o których istnieniu ubezpieczony bądź osoby, za które ponosi odpowiedzialność, wiedziały lub przy zachowaniu należytej staranności mogły się dowiedzieć; 4) powstałe wskutek ujawnienia wiadomości poufnej; 5) powstałe wskutek niedotrzymania terminów lub harmonogramu wykonania czynności zawodowych, chyba że jest ono następstwem szkody objętej ubezpieczeniem.
----------	--

9	Oświadczenia 1. Oświadczam, że przed zawarciem niniejszej umowy otrzymałem ogólne warunki ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zawodowej oraz Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym. 2. Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia uzyskałem informację, że do umowy ubezpieczenia mają zastosowanie przepisy prawa polskiego. 3. <input type="checkbox"/> * Wyrażam zgodę na otrzymywanie od PZU SA, PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO SA, Link4 TU SA, PEKAO SA, Alior Bank SA informacji marketingowych za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (e-mail, SMS/MMS). 4. <input checked="" type="checkbox"/> * Wyrażam zgodę na przysyłanie informacji i dokumentów, w tym OWU oraz dokumentu zawierającego informacje o produkcie, a także informacji, o których mowa w art. 9 ust.1 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, które mają związek z wnioskowaną lub zawartą umową ubezpieczenia w PZU SA za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, w tym wiadomości SMS/MMS lub e-mail, na wskazany przeze mnie numer telefonu lub adres mailowy. W razie zmiany podanych przeze mnie danych kontaktowych, zobowiązuję się aktualizować moje dane, dzięki którym będę otrzymywać informacje za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej. 5. <input type="checkbox"/> * Wyrażam zgodę na otrzymywanie od PZU SA, PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO SA, Link4 TU SA, PEKAO SA, Alior Bank SA informacji marketingowych za pośrednictwem połączeń głosowych (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR). 6. <input type="checkbox"/> * Wyrażam zgodę na udostępnienie przez PZU SA moich danych osobowych podmiotom z grupy PZU, tj. PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO SA, Link4 TU SA, PEKAO SA, Alior Bank SA, w ich własnych celach marketingowych, obejmujących profilowanie zmierzające do określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych oraz przedstawiania odpowiedniej oferty. 7. <input checked="" type="checkbox"/> * Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez PZU SA w celu przekazywania mi treści marketingowych dotyczących produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych, kiedy nie będę posiadać ubezpieczenia w tej firmie. 8. Oświadczam, że otrzymałam/em informację o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja o Administratorze danych osobowych. 9. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo jej wycofania. Zgodę można odwołać w każdym czasie w oddziale lub wysyłając e-mail na adres kontakt@pzu.pl albo pismo na adres PZU, ul. Postępu 18a, 02-676 Warszawa. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego na podstawie zgody przed jej wycofaniem. * <input checked="" type="checkbox"/> w polu oznacza zgodę Pełne nazwy spółek: PZU SA - Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa; PZU Życie SA - Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa; PTE PZU SA - Powszechnie Towarzystwo Emerytalne PZU Spółka Akcyjna, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa; TFI PZU SA - Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych PZU Spółka Akcyjna, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa; PZU Pomoc SA - PZU Pomoc Spółka Akcyjna, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa; PZU Zdrowie SA - PZU Zdrowie Spółka Akcyjna, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa; PZU CO SA - PZU Centrum Operacji Spółka Akcyjna, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa; Link4 TU SA - Link4 Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, ul. Żubra 1, 01-066 Warszawa; Alior Bank SA - Alior Bank Spółka Akcyjna, ul. Łopuszańska 38D, 02-232 Warszawa; TUW PZUW - Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych Polski Zakład Ubezpieczeń Wzajemnych, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa.
----------	---

1094137586/pc:100000555394344/BE20 PIN: 7726







Postanowienia dodatkowe lub odmienne

10

1. W umowie ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek Ubezpieczający zobowiązany jest doręczyć Ubezpieczonemu OWU, które mają zastosowanie do tej umowy ubezpieczenia, na piśmie lub za zgodą Ubezpieczonego na innym trwałym nośniku. W przypadku umowy ubezpieczenia, w której okres ochrony ubezpieczeniowej rozpoczyna się później niż w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, OWU powinny być doręczone Ubezpieczonemu przed objęciem go ochroną ubezpieczeniową. Przekazanie OWU na trwałym nośniku, wymaga uprzedniej zgody Ubezpieczonego.

Na żądanie PZU SA Ubezpieczający zobowiązany jest przedstawić dowód wykonania tej powinności. www.rf.gov.pl

2. Z zachowaniem pozostałych, niezmienionych postanowień umowy ubezpieczenia, strony postanawiają, że przed dniem płatności składki ubezpieczeniowej PZU SA wyśle e-mail na adres poczty elektronicznej, który ubezpieczający podał przy zawarciu tej umowy, z informacjami dotyczącymi płatności, w tym z linkiem, dzięki któremu ubezpieczający może opłacić składkę ubezpieczeniową.

Potwierdzam dane kontaktowe

PRYWATNY GABINET PSYCHOLOGICZNY MILENA SZOSTEK
E-mail: mi.lena.szostek@wp.pl
Telefon: +48668700506

Dodatkowych informacji udzieli:

CENTRUM UBEZPIECZEŃ WENA Anna Miastkowska
139C, 16 070 ZŁOTORIA

Data zawarcia umowy: 24.04.2024 r.

Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia dystrybutor ubezpieczeń pozyskał ode mnie informacje w celu ustalenia moich potrzeb i wymagań co do zakresu ochrony ubezpieczeniowej przy uwzględnieniu wysokości składki, jaką jestem skłonny/sklonna zapłacić.

Milena Szostek

Pieczęć i podpis ubezpieczającego


PRYWATNY GABINET PSYCHOLOGICZNY MILENA
SZOSTEK

Ubezpieczający

Milena Szostek

Pieczęć i podpis ubezpieczającego do polisy

Pieczęć i podpis przedstawiciela PZU SA

 **801 102 102 lub (or) +48 22 566 55 55 pzu.pl**
w przypadku awarii lub wypadku (in case of accident)

1094137586/pc:100000555394344/BE20 PIN: 7726

 **801 102 102 pzu.pl**



Curriculum Vitae

Dane osobowe

Imię i nazwisko: Milena Ewa Szostek
Adres: ul. Szosa Baranowicka 98
15- 509 Sobolewo
Telefon: 668 700 506
Adres e-mail: mi.lena.szostek@wp.pl
Data urodzenia: 30.01.1985



Wykształcenie

2022- nadal Całościowe Czteroletnie Szkolenie w Psychoterapii dla Lekarzy i Psychologów
Przygotowujące do Uzyskania Certyfikatu Psychoterapeuty PTP
Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

2013- 2019 Psychologia
specjalność: psychologia kliniczna i zdrowia
studia jednolite magisterskie,
Wyższa Szkoła Administracji Publicznej
w Białymstoku

2012- 2013 Podyplomowe Studia Mediatorów Sądowych
Uniwersytet w Białymstoku
Wydział Prawa

2004- 2009 Pedagogika opiekuńczo- wychowawcza
studia jednolite magisterskie,
Uniwersytet w Białymstoku
Wydział Pedagogiki i Psychologii

Szkolenia

03.2013- 11.2013 Kurs języka migowego I i II stopnia (KSS I, KSS II)

04.2022 Uczenie Rodzicielstwa Metodą Pozytywnej Dyscypliny (Certyfikat Edukatora Pozytywnej Dyscypliny)

04-05.2023 Studium Terapii i Podejścia Skoncentrowanego na Rozwiązaniach (kurs podstawowy TSR)

Doświadczenie zawodowe

04.2023- nadal Poradnia Psychologiczna dla Dzieci i Młodzieży EZRA UKSW
stanowisko: psycholog

03.2021- 12.2022 Centrum Kreatywnego Rozwoju Dziecka „Praksja”
Niepubliczna Poradnia Psychologiczno- Pedagogiczna w Hajnówce
stanowisko: psycholog

24.04.2024
Milena Szostek

- 02.2021- 04.2022 X Liceum Ogólnokształcące w Białymstoku
stanowisko: **nauczyciel przedmiotu *Elementy psychologii***
- 10.2020- 02.2022 Specjalistyczny Ośrodek Diagnostyki i Rehabilitacji
Dzieci i Młodzieży z Wadą Słuchu w Białymstoku
stanowisko: **psycholog**
- 09.2020- nadal Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Suraziu
stanowisko: **psycholog**
- 09.2020- nadal Szkoła Podstawowa Nr 43 im. Simony Kossak w Białymstoku
stanowisko: **psycholog**
- 02.2020- 06.2020 Szkoła Podstawowa Nr 43 im. Simony Kossak
w Białymstoku
stanowisko: **pedagog**
- 09.2019- 08.2021 Szkoła Podstawowa Nr 1 z Oddziałami Integracyjnymi
im. Św. Jana Pawła II w Łapach
stanowisko: **psycholog**
- 09.2019- 01.2020 Szkoła Podstawowa Nr 1 im. Adama Mickiewicza
w Sokółce
stanowisko: **psycholog**
- 04.2019- 06.2019 Szkoła Podstawowa Nr 8 im. Św. Kazimierza Królewicza
w Białymstoku
stanowisko: **pedagog**
- 09.2017- 08.2019 Szkoła Podstawowa Nr 47 z Oddziałami Integracyjnymi
im. Jana Klemensa Branickiego
w Białymstoku
stanowisko: **wychowawca świetlicy**
- 09.2016- 06.2017 Szkoła Podstawowa Nr 47 z oddziałami integracyjnymi
im. Jana Klemensa Branickiego
w Białymstoku,
stanowisko: **pedagog**
- 09.2016- 12.2016 Podlaska Wojewódzka Komenda OHP
w Białymstoku,
stanowisko: **wychowawca internatu**
- 09.2011- 08.2015 Szkoła Policealna Nr 2
Pracowników Medycznych i Społecznych
w Białymstoku,
stanowisko : **nauczyciel- wychowawca internatu**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu tej oraz przyszłych rekrutacji (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO)).

24.04.2024r.
Marek Sadek



Dane podstawowe

Nazwa firmy przedsiębiorcy
Prywatny Gabinet Psychologiczny Milena Szostek

Imię
Milena

NIP
9661875295

Nazwisko
Szostek

REGON
520095268

Przedsiębiorca posiada obywatelstwa państw
Polska

Dane kontaktowe

Telefon
-

Strona WWW
-

Adres e-mail
-

Inna forma kontaktu
-

Dane adresowe

Stale miejsce wykonywania działalności gospodarczej
woj. PODLASKIE, pow. Białystok, gm. Białystok, miejsc. Białystok, ul. św. Mikołaja, nr 1, lok. 36, 15-419

Dodatkowe stale miejsca wykonywania działalności gospodarczej
Polska, woj. PODLASKIE, pow. białostocki, gm. Supraśl, miejsc. Sobolewo, Szosa Baranowicka, nr 98, 15-509

Adres do doręczeń
Milena Szostek, woj. PODLASKIE, pow. białostocki, gm. Supraśl, miejsc. Sobolewo, ul. Szosa Baranowicka, nr 98, 15-509

Dane dodatkowe

Data rozpoczęcia wykonywania działalności gospodarczej
2021-10-04

Data zaprzestania wykonywania działalności gospodarczej
-

Data zawieszenia wykonywania działalności gospodarczej
-

Data wykreślenia wpisu z rejestru
-

Data wznowienia wykonywania działalności gospodarczej
-

Małżeńska wspólność majątkowa
Nie

Status indywidualnej działalności gospodarczej
Aktywny

Data zgonu przedsiębiorcy
-

Data ustanowienia zarządu sukcesyjnego
-

Data wygaśnięcia zarządu sukcesyjnego
-

Przeważająca działalność gospodarcza (kod PKD)
86.90.E Pozostała działalność w zakresie opieki zdrowotnej, gdzie indziej niesklasyfikowana

Wykonywana działalność gospodarcza (kody PKD)
86.90.E Pozostała działalność w zakresie opieki zdrowotnej, gdzie indziej niesklasyfikowana

85.60.Z Działalność wspomagająca edukację

85.59.B Pozostałe pozaszkolne formy edukacji, gdzie indziej niesklasyfikowane

Spółki cywilne, których wspólnikiem jest przedsiębiorca

brak wpisów

24.04.2024
Milena Szostek

Zakazy

brak wpisów

Informacje dotyczące upadłości / postępowania naprawczego / postępowania restrukturyzacyjnego

brak wpisów

Zarządca sukcesyjny

brak wpisów

Kwalifikacje zawodowe

brak wpisów

Przedsiębiorca ma obowiązek posiadać tytuł prawny do nieruchomości, której adres wpisano do CEIDG, pod rygorem wykreślenia z CEIDG (wpisowi podlegają adres do doręczeń oraz jeżeli przedsiębiorca takie miejsce posiada adres stałego miejsca wykonywania działalności gospodarczej).

Przedsiębiorca ma obowiązek dokonywać zmian wpisu w terminach, określonych w art. 15 ust. 1 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. o Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej i Punkcie Informacji dla Przedsiębiorcy pod rygorem wykreślenia z CEIDG.

Osoba fizyczna wpisana do CEIDG może ponieść odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną zgłoszeniem do CEIDG nieprawdziwych danych, jeżeli podlegały obowiązkowi wpisu na jej wniosek, a także niezgłoszeniem danych podlegających wpisowi do CEIDG w ustawowym terminie albo niezgłoszeniem zmian danych objętych wpisem.

Organy administracji publicznej nie mogą domagać się od przedsiębiorców okazywania, przekazywania lub załączania do wniosków i innych przedkładanych przed nimi pism, zaświadczeń o wpisie do CEIDG.

Ważna informacja Rejestracja w CEIDG i wszelkie czynności związane z wpisem są bezpłatne

24.04.2024
Sylwia Szalek



EZRA UKSW sp. z o.o.
ul. Karola Miarki 13, 01-496 Warszawa

NIP: 7010819366
REGON: 380016423

Umowa nr 591/BIA/2023

zawarta w dniu 17 kwietnia 2023 roku w Warszawie pomiędzy:

EZRA UKSW Sp. z o.o., 01-496 Warszawa, ul. Karola Miarki 13, zarejestrowaną w Sądzie Rejonowym dla m. st. Warszawy w Warszawie XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000728576, NIP 7010819366, wpisaną do rejestru zakładów opieki zdrowotnej prowadzonego przez Wojewodę Mazowieckiego pod nr 000000201216, reprezentowaną przez:

Justynę Skarżyńską – Zastępca Koordynatora Poradni uprawnioną do zawarcia niniejszej umowy na podstawie pełnomocnictwa, a co do którego pełnomocnik oświadcza, że nie zostało odwołane ani nie wygasło,

zwana w treści umowy **Udzielającym zamówienia / Zleceniodawcą**,

a

Panią Mileną Szostek zamieszkałą pod adresem ul. Szosa Baranowska 98, 15-509 Sobolewo, prowadzącą działalność gospodarczą -pod firmą: Prywatny Gabinet Psychologiczny Milena Szostek, adres wykonywania działalności gospodarczej: ul. św. Mikołaja, nr 1, lok. 36, 15-419 Białystok, na podstawie wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej RP, NIP: 9661875295, REGON: 520095268
zwaną dalej **Przyjmującą zamówienie / Zleceniobiorcą**.

Ilekczo w treści niniejszej umowy jest mowa o umowie, bez jej bliższego określenia, należy przyjmować, że chodzi o niniejszą umowę.

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1.

1. Udzielający zamówienia / Zleceniodawca powierza, a Przyjmujący zamówienie / Zleceniobiorca zobowiązuje się do świadczenia usług polegających na udzielaniu następujących świadczeń (w zakresie i adekwatnie do posiadanych kompetencji i uprawnień) – **usługi psychologiczne w zakresie kompetencji psychologa z doświadczeniem w pracy z dziećmi i młodzieżą**, służących profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia psychicznego, na rzecz pacjentów Udzielającego zamówienia, zwanych dalej w treści umowy „Świadczeniami”, zgodnie z Załącznikiem nr 3 do niniejszej umowy.
2. Usługi wskazane w § 1 ust. 1 mogą być realizowane z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych z zachowaniem przepisów dotyczących tego rodzaju świadczeń, tajemnicy oraz bezpieczeństwa teleinformatycznego.
3. Przyjmujący zamówienie / Zleceniobiorca oświadcza, iż Świadczenia udzielane będą osobiście, chyba że uzyska uprzednią, pisemną zgodę Udzielającego zamówienia na powierzenie realizacji Świadczeń (choćby okresowe) innemu podmiotowi.

POSTANOWIENIA SZCZEGÓŁOWE

OBOWIĄZKI PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

§ 2.

1. W ramach realizacji umowy, Przyjmujący zamówienie / Zleceniobiorca zobowiązuje się w szczególności:

Polecałam na opłatę
z zapytaniem
24.04.2024.
Szostek

PSYCHOLOG
mgr Milena Szostek



- 1) udzielać świadczeń wskazanych w § 1.1 w Środowiskowym Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży prowadzonym przez Udzielającego zamówienia / Zleceniodawcę,
 - 2) dokładnie i systematycznie sporządzać oraz prowadzić dokumentację medyczną i sprawozdawczość statystyczną pacjentów, według wzorów i przepisów obowiązujących w podmiotach leczniczych, z uwzględnieniem standardów obowiązujących u Udzielającego zamówienie / Zleceniodawcy,
 - 3) wykonywać powierzone czynności zgodnie ze stanem aktualnej wiedzy psychologicznej i psychoterapeutycznej oraz zasadami etyki zawodowej,
 - 4) uczestniczyć w sesjach koordynacji wsparcia z podmiotami z sieci oparcia rodziny, opiekunów prawnych oraz dzieci i młodzieży,
 - 5) uczestniczyć w konsyliach i superwizjach klinicznych, merytorycznych, zespołu oraz interwizjach dot. procesów grupowych zachodzących w zespole specjalistów lub procesów terapeutycznych,
 - 6) przestrzegać przepisów bhp i p.poż. obowiązujących u Udzielającego zamówienia / Zleceniodawcy,
 - 7) przestrzegać przepisów i obowiązków określających prawa i obowiązki pacjenta,
 - 8) przestrzegać regulaminów, procedur, zarządzeń oraz innych regulacji wewnętrznych obowiązujących u Udzielającego zamówienie / Zleceniodawcy, w tym Polityki Bezpieczeństwa Informacji,
 - 9) dbać o mienie Udzielającego zamówienia / Zleceniodawcy, ze szczególnym uwzględnieniem mienia wykorzystywanego przez Przyjmującego zamówienie / Zleceniobiorcę w celu realizacji niniejszej umowy,
 - 10) aktywnie uczestniczyć w pracach zespołów, do których został powołany,
 - 11) udział w obowiązkowych spotkaniach wewnętrznych dot. poprawności merytorycznej świadczonych usług,
 - 12) dbać o dobre imię Udzielającego zamówienia / Zleceniodawcy,
 - 13) uprzejmie i taktownie traktować pacjentów Udzielającego zamówienia / Zleceniodawcy,
 - 14) zachować tajemnicę zawodową i przestrzegać zasad etyki,
 - 15) przestrzegać przepisów powszechnie obowiązujących (w szczególności przepisów określających prawa i obowiązki pacjenta, ustawy o ochronie danych osobowych i innych),
 - 16) dbać o utrzymanie należytego poziomu jakości świadczeń poprzez uczestnictwo we wskazanych szkoleniach organizowanych przez Udzielającego zamówienia / Zleceniodawcę (także poza deklarowanym czasem udzielania świadczeń); informacja o planowanych terminach szkoleń będzie podana z jednomiesięcznym wyprzedzeniem, przy czym udział w nich nie stanowi podstawy do żadnego dodatkowego wynagrodzenia,
 - 17) osobiście zgłaszać swoją działalność gospodarczą i rozliczać się w Urzędzie Skarbowym z tytułu zobowiązań podatkowych i z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych w związku z obowiązującymi regulacjami w tym zakresie.
2. Przyjmujący zamówienie / Zleceniobiorca potwierdza znajomość przepisów, norm i wymagań przywołanych w ustępie poprzednim.
 3. Naruszenie przez Przyjmującego zamówienie / Zleceniobiorcę któregokolwiek z obowiązków wymienionych w § 2 ust. 1 stanowić może przyczynę rozwiązania umowy przez Udzielającego zamówienia / Zleceniodawcę w trybie natychmiastowym, bez zachowania okresu wypowiedzenia.
 4. Udzielający zamówienia wskazuje, że istnieje możliwość zmiany miejsca świadczenia usługi w ramach sieci placówek EZRA UKSW Sp. z o.o., pod warunkiem obustronnego wyrażenia zgody

Suski

Przebiegam na spotkaniu
z pacjentem
24.01.2024 Sobotka
PSYCHOLOG
mgr Milena Szostek

[Signature]



NIP: 7010819366
REGON: 380016423

przez Udzielającego Zamówienia i Przyjmującego zamówienie – przy założeniu, że warunki złożonej oferty nie ulegną zmianie.

§ 3.

1. W zakresie wykonywania usług stanowiących przedmiot niniejszej umowy Przyjmujący zamówienie / Zleceniobiorca jest samodzielny i niezależny od Udzielającego zamówienia, w tym w zakresie wyboru metody terapeutycznej.
2. Żadne okoliczności wymienione lub niewymienione w umowie nie mogą stanowić podstawy do odmowy udzielenia świadczenia, w przypadku, gdy osoba zgłaszająca się do Udzielającego zamówienia / Zleceniodawcy potrzebuje natychmiastowego udzielenia świadczeń ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

§ 4.

W zakresie udzielonego zamówienia Przyjmujący zamówienie / Zleceniobiorca oświadcza, iż posiada znajomość obsługi komputera i oprogramowania funkcjonującego w siedzibie Udzielającego zamówienia / Zleceniodawcy oraz zobowiązuje się uaktualniać swoją wiedzę w tym zakresie.

PRAWA PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

§ 5.

1. W związku z udzielaniem świadczeń wskazanych w § 1 ust. 1 Przyjmujący zamówienie / Zleceniobiorca uprawniony jest do:
 - 1) zasięgania konsultacji lekarzy innych specjalności świadczących usługi na rzecz Udzielającego zamówienia / Zleceniodawcy,
 - 2) korzystania z aparatury oraz bazy lokalowej na zasadach określonych w § 7.
2. Przyjmujący zamówienie / Zleceniobiorca oświadcza, że świadczenia wykonywane przez niego na podstawie umów z innymi podmiotami nie będą miały wpływu na ilość i terminowość świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy, jak również że czas przeznaczony na świadczenie usług w ramach niniejszej umowy nie koliduje z czasem świadczenia żadnych innych usług lub gotowością do ich świadczenia bądź zgłoszeniem takiej gotowości.

§ 6.

1. W związku z udzielaniem świadczeń wskazanych w § 1 ust. 1 Udzielający zamówienia / Zleceniodawca zapewnia Przyjmującemu zamówienie / Zleceniobiorcy dostęp do odpowiednich pomieszczeń celem świadczenia usług.
2. Korzystanie ze środków określonych w ust. 1 może się odbywać w zakresie niezbędnym do udzielania objętych umową świadczeń.
3. Konserwacja i naprawa sprzętu udostępnianego Przyjmującemu zamówienie / Zleceniobiorcy odbywa się na koszt Udzielającego zamówienia / Zleceniodawcy.
4. Udzielający zamówienia / Zleceniodawca pokrywa koszty utrzymania pomieszczeń, sprzętu i aparatury w stanie umożliwiającym udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem umowy.
5. Za szkody powstałe w majątku Udzielającego zamówienia / Zleceniodawcy, Przyjmujący zamówienie / Zleceniobiorca odpowiada na zasadach ogólnych, wynikających z Kodeksu cywilnego.
6. Środki udostępniane przez Udzielającego zamówienia / Zleceniodawcę nie mogą być używane w innych celach niż określone niniejszą umową oraz dla jej realizacji.

[Handwritten signature]

Przeznaczam na opłatę do
PSYCHOLOG
z wyjątkiem na 24.2024
mgr Milena Szostek

[Handwritten signature]



-§ 7. Przyjmujący zamówienie ma prawo do skorzystania z możliwości czasowego zaprzestania realizacji niniejszej umowy, tzw. zawieszenia realizacji umowy, w terminach i wymiarze uzgodnionym uprzednio z Udzielającym zamówienia, w wymiarze do 30 dni w roku kalendarzowym.

1. Za czas zawieszenia realizacji umowy, o którym mowa w ust. 1, Przyjmującemu zamówienie / Zleceniobiorcy nie przysługuje wynagrodzenie.
2. O zamiarze skorzystania z prawa do zawieszenia realizacji umowy, Przyjmujący zamówienie / Zleceniobiorca powiadamia pisemnie Udzielającego zamówienia / Zleceniodawcę, z którym ostatecznie uzgadnia termin tzw. zawieszenia, tak by realizacja powyższego prawa nie zakłóciła udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom Udzielającego zamówienia / Zleceniodawcy.
3. W przypadku nieobecności (choroba, wypadek losowy, inne zdarzenie uniemożliwiające realizację świadczeń przez okres dłuższy niż tydzień) Przyjmujący zamówienie / Zleceniobiorca zobowiązany jest niezwłocznie zawiadomić Udzielającego zamówienia / Zleceniodawcę o zamiarze wyznaczenia zastępcy. Przyjmujący zamówienie / Zleceniobiorca jest zobowiązany do uzyskania zgody Udzielającego zamówienia / Zleceniodawcy na zastępstwo przez wskazany podmiot, który powinien posiadać kwalifikacje odpowiadające kwalifikacjom wymaganym przy świadczeniu usług będących przedmiotem niniejszej umowy. Udzielający zamówienia / Zleceniodawca może zwolnić Przyjmującego zamówienie / Zleceniobiorcę z konieczności zagwarantowania zastępstwa.

CZAS I WARUNKI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

§ 8.

Przyjmujący zamówienie / Zleceniobiorca udziela świadczeń zdrowotnych zgodnie z ustalonym harmonogramem udzielania świadczeń zdrowotnych. Harmonogram ustalany będzie na okresy nie krótsze niż poszczególne miesiące kalendarzowe przez Udzielającego zamówienia / Zleceniodawcę i podawany do wiadomości Przyjmującego zamówienia / Zleceniobiorcy nie później niż w terminie do 20-go dnia miesiąca kalendarzowego poprzedzającego miesiąc, którego dotyczy. Strony dopuszczają możliwość zmiany harmonogramu w drodze wspólnego uzgodnienia. Harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach tygodnia stanowi załącznik do niniejszej umowy.

ZASADY WYNAGRADZANIA

§ 9.

1. Strony ustalają, że na potrzeby wynagradzania Świadczenia dzieli się na Katalog A oraz Katalog B, zgodnie z treścią załącznika nr 3 do niniejszej umowy.
2. Strony ustalają, że wynagrodzenie przysługuje wyłącznie za Świadczenia, których kompletność i prawidłowość została pozytywnie zweryfikowana przez płatnika publicznego (Narodowy Fundusz Zdrowia).
3. Szczegółowe zasady rozliczenia określa wewnętrzna procedura obowiązująca u Udzielającego zamówienia. Świadczenia, które nie zostały pozytywnie zweryfikowane przez NFZ, nie zostaną rozliczone, a jeżeli należność z ich tytułu została już przekazana/zapłacona, jej wartość podlega potrąceniu przy kolejnym, najbliższym rozliczeniu.
4. Za wykonanie godzin świadczeń z Katalogu A Przyjmującemu zamówienie przysługuje wynagrodzenie w wysokości brutto (tj. liczone wraz ze wszystkimi obciążeniami o charakterze publicznoprawnym,

Sędzi

*Przebiegam na spotkanie
z psychologiem 24. 04. 2024r.*

PSYCHOLOG

mgr Milena Szostek

[Signature]



EZRA UKSW sp. z o.o.
ul. Karola Miarki 13, 01-496 Warszawa

NIP: 7010819366
REGON: 380016423

takimi jak w szczególności składki na ubezpieczenia społeczne, zaliczka na podatek dochodowy oraz VAT), w łącznym wymiarze 30 godzin miesięcznie, w tym cena brutto za poszczególne godziny świadczenia usług wynosi:

	Świadczenia katalog A	Czas trwania	Cena brutto
1	Porada psychologiczna diagnostyczna (5.00.04.2001791, 5.00.04.3001791)	90 minut	130,00
2	Porada psychologiczna diagnostyczna (5.00.04.1001791, 5.00.04.4001791)	60 minut	100,00
3	Porada psychologiczna (5.00.04.6001791, 5.00.04.1301791)	60 minut	100,00
4	Porada psychologiczna (5.00.04.5001791, 5.00.04.1201791)	30 minut	70,00
5	Sesja psychoterapii grupowej – dwóch prowadzących (5.00.04.3301791, 5.00.04.3401791)	90 minut	130,00
6	Sesja wsparcia psychospołecznego (5.00.04.3601791)	60 minut	100,00
7	Sesja wsparcia psychospołecznego w środowisku (5.00.04.3801791)	90 minut	130,00
8	Wizyta, porada domowa lub środowiskowa - jeden prowadzący (5.00.04.4301791, 5.00.04.4901791)	90 minut	130,00
9	Wizyta, porada domowa lub środowiskowa kolejna w tym samym miejscu - jeden prowadzący (5.00.04.4401791, 5.00.04.5101791)	60 minut	130,00
10	Wizyta, porada domowa lub środowiskowa – dwóch prowadzących (5.00.04.4501791, 5.00.04.4601791, 5.00.04.5201791, 5.00.04.5301791)	90 minut	130,00
11	Wizyta, porada domowa lub środowiskowa kolejna w tym samym miejscu - dwóch prowadzących (5.00.04.4701791, 5.00.04.4801791, 5.00.04.5401791, 5.00.04.5501791)	60 minut	130,00

5. Za wykonanie Świadczenia z Katalogu B Przyjmującemu zamówienie przysługuje wynagrodzenie w wysokości brutto (tj. liczone wraz ze wszelkimi obciążeniami o charakterze publicznoprawnym, takimi jak w szczególności składki na ubezpieczenia społeczne, zaliczka na podatek dochodowy oraz VAT) 38,00 zł (słownie: trzydzieści osiem zł 00/100 gr) za każde Świadczenie, w łącznym wymiarze 9 świadczeń miesięcznie.
6. W przypadku wykonania w danym miesiącu liczby godzin przekraczających poziom określony w ustępie 4, ewentualna nadwyżka może zostać przeniesiona do rozliczenia na kolejny miesiąc w ramach tego samego kwartału kalendarzowego, jednakże łączna liczba godzin podlegająca rozliczeniu nie może przekroczyć w ramach danego kwartału 90 (liczba zakontraktowanych godzin x 3 miesiące).
7. W przypadku wykonania w danym miesiącu liczby świadczeń przekraczających poziom określony w ustępie 5, ewentualna nadwyżka może zostać przeniesiona do rozliczenia na kolejny miesiąc w ramach tego samego kwartału kalendarzowego, jednakże łączna liczba świadczeń podlegająca rozliczeniu nie

gslwe

*Przeznaczam na opłatność
z tytułu świadczeń*
PSYCHOLOG
Szostek
mgr Milena Szostek

Szostek



może przekroczyć w ramach danego kwartału 27 (liczba zakontraktowanych świadczeń x 3 miesiące) z Katalogu B.

8. W przypadku, gdy w ramach danego kwartału kalendarzowego liczba godzin/świadczeń zrealizowanych przez Przyjmującego zamówienie przekroczy poziom wskazany w ustępie 6 i 7, nadwyżka powyżej ww. poziomu nie podlega dodatkowemu rozliczeniu.
9. Dopuszcza się zwiększenie wynagrodzenia Przyjmującego zamówienie w okresie obowiązywania umowy w granicach do 10% wartości umowy bez konieczności zmiany niniejszej umowy.
10. Dopuszcza się wydłużenie okresu realizacji przedmiotu umowy przez Przyjmującego zamówienie do 30 dni kalendarzowych.
11. Za zrealizowanie godzin w ramach szkolenia wprowadzającego dot. świadczenia usług medycznych Przyjmującemu zamówienie przysługuje wynagrodzenie w wysokości brutto (tj. liczone wraz ze wszelkimi obciążeniami o charakterze publicznoprawnym, takimi jak w szczególności składki na ubezpieczenia społeczne, zaliczka na podatek dochodowy oraz VAT) 38,00 zł (słownie: trzydzieści osiem zł 00/100 gr) za każdą godzinę, w łącznym wymiarze nie przekraczającym 8 godzin.

§ 10.

1. Przyjmujący zamówienie / Zleceniobiorca nie może pobierać opłat od pacjentów za udzielone świadczenia zdrowotne.
2. Przyjmujący zamówienie samodzielnie rozlicza się z ZUS i US oraz ponosi ryzyko prowadzonej działalności.

§ 11.

1. Przyjmujący zamówienie / Zleceniobiorca przedkładać będzie Udzielającemu zamówienia rachunek/fakturę za wykonane usługi, zwaną dalej dokumentem rozliczeniowym, w terminie do 5. dnia miesiąca kalendarzowego przypadającego po miesiącu, w którym udzielone zostały świadczenia zdrowotne.
2. Do dokumentu rozliczeniowego Przyjmujący zamówienie / Zleceniobiorca zobowiązany jest dołączyć wykaz udzielonych świadczeń zdrowotnych stanowiących podstawę obliczenia wynagrodzenia oraz harmonogram wykonywania świadczeń w danym miesiącu.
3. Wynagrodzenie zostanie zapłacone na wskazane konto bankowe Przyjmującego zamówienie / Zleceniobiorcy w terminie do 14 dni od daty przedłożenia prawidłowo wypełnionych dokumentów wymienionych w ust. 1 i 2. Za dzień zapłaty uważa się datę obciążenia rachunku bankowego Udzielającego zamówienia.
4. Dokument rozliczeniowy powinien zawierać :
 - 1) oznaczenie Przyjmującego zamówienie / Zleceniobiorcy,
 - 2) określenie miesiąca udzielania świadczeń,
 - 3) ilość udzielonych świadczeń zdrowotnych wraz z ich rozbiem na poszczególne rodzaje świadczeń wskazanych w § 1 ust. 1,
 - 4) kwotę wynagrodzenia ogółem,
 - 5) wskazanie numeru umowy z nagłówka,
 - 6) wskazanie podstawy zwolnienia z podatku VAT, jeżeli takie zwolnienie ma miejsce,
 - 7) datę wystawienia, pełną nazwę i numer rachunku bankowego Przyjmującego zamówienie / Zleceniobiorcy.

Sokol

Pacjentom na opłatę
a symptom 24.04.2024
PSYCHOLOG
mgr Milena Szostek

gshw



EZRA UKSW sp. z o.o.

ul. Karola Miarki 13, 01-496 Warszawa

NIP: 7010819366

REGON: 380016423

5. Dokument rozliczeniowy należy wystawić z datą ostatniego dnia miesiąca, w którym udzielone zostały świadczenia i podlega on zatwierdzeniu ze strony Udzielającego zamówienia w terminie 3 dni roboczych od jego otrzymania.
6. Udzielającemu zamówienia przysługuje prawo potrącenia z bieżącego wynagrodzenia Przyjmującego zamówienie kwot naliczonych kar umownych będących wynikiem nieprawidłowej realizacji umowy.
7. W przypadku, gdy Przyjmujący zamówienie / Zleceniobiorca nie sporządzi dokumentacji medycznej z wykonanych usług lub sporządzi ją w sposób niezgodny z obowiązującymi przepisami oraz regulacjami wewnętrznymi Udzielającego zamówienia:
 - 1) wypłata wynagrodzenia z tytułu tych usług będzie wstrzymana do czasu prawidłowego sporządzenia tej dokumentacji,
 - 2) jeżeli wynagrodzenie zostało już wypłacone, wówczas w kolejnym okresie rozliczeniowym Udzielający zamówienia może wstrzymać wypłatę bieżącego wynagrodzenia w części odpowiadającej wartości wynagrodzenia za ww. usługę do czasu prawidłowego sporządzenia tej dokumentacji.

CZAS OBOWIĄZYWANIA UMOWY

§ 12.

1. Umowa została zawarta od dnia 17 kwietnia 2023 r., nie dłużej niż do dnia 16 kwietnia 2024 r., z wyraźnym zastrzeżeniem możliwości jej wypowiedzenia w trakcie ww. okresu przez każdą ze stron, które ma pierwszeństwo przed innymi postanowieniami umowy.
2. Strony zgodnie postanawiają, że każda ze Stron może niniejszą umowę rozwiązać z zachowaniem 1-miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem wypowiedzenia na koniec miesiąca jego złożenia. Za obopólną zgodą Stron umowa może zostać rozwiązana w każdym czasie.
3. Umowa może zostać również rozwiązana ze skutkiem natychmiastowym, bez zachowania okresu wypowiedzenia, w następujących okolicznościach:
 - rozwiązania lub nie podpisania nowej umowy (z zachowaniem ciągłości) na świadczenia zdrowotne w zakresie objętym przedmiotem niniejszej umowy przez płatnika publicznego z Udzielającym zamówienia / Zleceniodawcą,
 - zmniejszenia zobowiązania płatnika publicznego wobec Udzielającego zamówienia / Zleceniodawcy na kolejny okres rozliczeniowy w zakresie objętym niniejszą umową,
 - zmian sposobu rozliczania z płatnikiem świadczeń.
4. Umowa może być rozwiązana przed upływem okresu jej obowiązywania wskutek oświadczenia jednej ze stron, bez zachowania okresu wypowiedzenia, jeżeli druga strona rażąco narusza istotne postanowienia umowy, w szczególności nie wykonuje świadczeń będących jej przedmiotem zgodnie z harmonogramem.
5. W przypadku rozwiązania lub ustania niniejszej umowy Przyjmujący zamówienie / Zleceniobiorca zobowiązany jest niezwłocznie przekazać Udzielającemu zamówienia wszelkie dokumenty i inne materiały podlegające tajemnicy zawodowej oraz inne dokumenty, jakie sporządził, zebrał, opracował lub otrzymał w trakcie trwania umowy lub w związku z jej wykonywaniem.

*Przeznaczam na opłatność
z zaspokaleniem 04.04.2024*

PSYCHOLOG

mgr Milena Szostek



KARY UMOWNE

§ 13.

1. Przyjmujący zamówienie / Zleceniobiorca zobowiązuje się zapłacić Udzielającemu zamówienia / Zleceniodawcy karę umowną w wysokości:
 - 1) minimalnego wynagrodzenia za pracę obowiązującego w czasie naliczenia kary za przedłożenie Udzielającemu zamówienia / Zleceniodawcy danych i informacji niezgodnych ze stanem faktycznym,
 - 2) minimalnego wynagrodzenia za pracę obowiązującego w czasie naliczenia kary za nieprzestrzeganie ustalonego harmonogramu świadczenia usług.
2. Obniżenie wysokości zapłaty lub zastosowanie kar umownych nie wyklucza możliwości rozwiązania umowy przez Udzielającego zamówienia / Zleceniodawcę ze skutkiem natychmiastowym.
3. Udzielający zamówienia / Zleceniodawca zastrzega sobie możliwość dochodzenia odszkodowania uzupełniającego do wysokości rzeczywiście poniesionej szkody.

POUFNOŚĆ

§ 14.

1. Przyjmujący zamówienie / Zleceniobiorca zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy warunków niniejszej umowy oraz innych informacji i danych niejawnych, w szczególności stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa Udzielającego zamówienia / Zleceniodawcy, uzyskanych w związku z wykonywaniem tej umowy oraz zobowiązuje się do przestrzegania zapisów Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE („RODO”), ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018 r poz. 1000, z późn. zm.), ustawy z dnia 28.12.2010 r. o ochronie informacji niejawnych (Dz.U. Nr 182, poz. 1228, z późn. zm.) oraz aktów wykonawczych do nich.
2. Tajemnicą przedsiębiorstwa Udzielającego zamówienia / Zleceniodawcy, w rozumieniu art. 11 ust. 4 ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, jest każda informacja, której ujawnienie może zagrozić interesom Udzielającego zamówienia lub interesy te naruszyć, w szczególności informacje dotyczące:
 - 1) pacjentów Udzielającego zamówienia / Zleceniodawcy, objęte gromadzoną i przetwarzaną u Udzielającego zamówienia / Zleceniodawcy dokumentacją medyczną, bez względu na formę, w jakiej dokumentacja ta jest tworzona i przetwarzana,
 - 2) kierunków rozwoju przedsiębiorstwa Udzielającego zamówienia oraz programów jego działalności, a także przygotowań podejmowanych w tym zakresie,
 - 3) sposobów działania i prowadzonych akcji marketingowych oraz wszelkich innych danych marketingowych dotyczących Udzielającego zamówienia / Zleceniodawcy,
 - 4) organizacji wewnętrznej Udzielającego zamówienia / Zleceniodawcy, wyposażenia przedsiębiorstwa Udzielającego zamówienia / Zleceniodawcy, form i metod pracy i/lub wykonywania świadczeń w przedsiębiorstwie Udzielającego zamówienia / Zleceniodawcy,
 - 5) wszelkiego typu parametrów finansowych przedsiębiorstwa Udzielającego zamówienia takich jak ilość posiadanych środków, obroty, sytuacja kredytowa, stopa wzrostu lub spadku wskaźników ekonomicznych, wielkość aktywów i pasywów, wysokość dochodów (ewentualnie strat), dane na temat rozliczeń podatkowych,

*Przebieg na zgodność
z regulaminem 24.04.2024.*

PSYCHOLOG

mgr Milena Szostek

Szostek

[Signature]



NIP: 7010819366
REGON: 380016423

- 6) danych osobowych dotyczących osób zatrudnionych u Udzielającego zamówienia / Zleceniodawcy lub podmiotów współpracujących z Udzielającym zamówienia / Zleceniodawcą oraz jakichkolwiek innych danych pozwalających na identyfikację tych osób lub podmiotów,
 - 7) wszelkich innych prac kreatywnych (w tym projektowych) prowadzonych w przedsiębiorstwie Udzielającego zamówienia / Zleceniodawcy,
 - 8) treści (tekstu) jakichkolwiek umów (w szczególności wynagrodzenia) zawieranych z Udzielającym zamówienia / Zleceniodawcą,
 - 9) wszelkich innych informacji dotyczących kontrahentów Udzielającego zamówienia / Zleceniodawcy zarówno tych, których ujawnienie mogłoby narazić Udzielającego zamówienia / Zleceniodawcę na szkodę lub w jakikolwiek inny sposób zagrozić prawidłowym stosunkom z tym kontrahentem, chociażby tylko poprzez utratę zaufania.
3. Określone powyżej informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa Udzielającego zamówienia / Zleceniodawcę niezależnie od tego, czy podjęte przez niego kroki zmierzające do ich zachowania w poufności okazały się faktycznie skuteczne, czy też nie.
 4. Jeżeli Przyjmujący zamówienie / Zleceniobiorca poweźmie informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa Udzielającego zamówienia / Zleceniodawcy, obowiązany jest stosować wszelkie możliwe i niezbędne środki zapobiegające ich ujawnieniu osobom nieupoważnionym, w tym także innym pracownikom Udzielającego zamówienia / Zleceniodawcy lub osobom dostarczającym towary lub świadczącym usługi na rzecz Udzielającego zamówienia / Zleceniodawcy.
 5. Obowiązki określone w ustępie poprzedzającym trwają również przez okres 12 miesięcy po wygaśnięciu lub rozwiązaniu niniejszej umowy.
 6. W celu zapewnienia prawidłowej oraz należytej realizacji postanowień niniejszej umowy Udzielający zamówienia / Zleceniodawca jako administrator danych powierza Przyjmującemu zamówienie / Zleceniobiorcy przetwarzanie danych osobowych pacjentów objętych świadczeniami zdrowotnymi objętymi niniejszą umową. Powierzenie, o którym mowa obowiązuje na czas związania niniejszą umową, w związku z czym wszelkie informacje o pacjentach mogą być przez Przyjmującego zamówienie / Zleceniobiorcę użyte tylko w celu realizacji przedmiotu niniejszej umowy. Przyjmujący zamówienie / Zleceniobiorca oświadcza, iż wyraża zgodę na powierzenie mu danych osobowych, o których mowa. Poprzez przetwarzanie danych osobowych należy rozumieć: zbieranie, zapisywanie, modyfikację oraz utrwalanie danych osobowych pacjentów. Na żądanie Udzielającego zamówienia / Zleceniodawcy Przyjmujący zamówienie / Zleceniobiorca zobowiązany jest do zawarcia odrębnej umowy w przedmiocie przetwarzania danych osobowych w terminie wskazanym przez Udzielającego zamówienia / Zleceniodawcy, pod rygorem natychmiastowego wypowiedzenia niniejszej umowy.
 7. Naruszenie obowiązku, o którym mowa w ust. 1 powoduje odpowiedzialność Przyjmującego zamówienie / Zleceniobiorcy za szkodę wyrządzoną Udzielającemu zamówienia / Zleceniodawcy oraz stanowi podstawę rozwiązania niniejszej umowy przez Udzielającego zamówienia / Zleceniodawcę bez zachowania okresu wypowiedzenia.
 8. Dokumentacja medyczna sporządzona przez Przyjmującego zamówienie / Zleceniobiorcę stanowi własność Udzielającego zamówienia / Zleceniodawcy i będzie przechowywana przez Udzielającego zamówienia / Zleceniodawcę.

WŁASNOŚĆ INTELEKTUALNA

§ 15.

*Przeznaczam na własność
z zastrzeżeniem*
PSYCHOLOG
mgr Milena Szustal

Suski



1. Wszelkie dokumenty dotyczące działalności lub spraw Udzielającego zamówienia, jak również wszelkie wiadomości, listy, raporty, umowy, oferty i inne materiały, które zostaną sporządzone lub otrzymane przez Przyjmującego zamówienie / Zleceniobiorcę w ramach i/lub w związku z wykonywaniem niniejszej umowy stanowią własność Udzielającego zamówienia i na jego pierwsze żądanie powinny zostać natychmiastowo zwrócone w dowolnym momencie trwania umowy, najpóźniej zaś z chwilą jej ustania.
2. Wszelkie prawa własności intelektualnej (w szczególności: wynalazki, ulepszenia, modele, znaki towarowe, nazwy handlowe, projekty, patenty, know-how, tajemnice handlowe, prawa autorskie) powstałe w ramach lub w związku z wykonywaniem usług na podstawie niniejszej umowy stają się z chwilą powstania własnością Udzielającego zamówienia, który nie będzie zobowiązany do wypłacania Przyjmującemu zamówienie / Zleceniobiorcy jakiegokolwiek dodatkowego wynagrodzenia z tytułu przejścia własności oraz eksploatacji przez Udzielającego zamówienia ww. praw (poza wynagrodzeniem określonym w § 8 ust. 1). Ponadto w razie takiej potrzeby Przyjmujący zamówienie / Zleceniobiorca na pierwsze żądanie Udzielającego zamówienia podpisze wszelkie dokumenty i dokona innych niezbędnych czynności koniecznych dla umożliwienia Udzielającego zamówienia zapewnienia niezbędnej ochrony ww. praw własności intelektualnej i możliwości ich eksploatacji w najszerszym możliwym zakresie na gruncie obowiązującego prawa.
3. Przeniesienie majątkowych praw autorskich do utworów wskazanych w ust. 2 powyżej następuje na wszelkich polach eksploatacji, w tym w szczególności obejmujących:
 - 1) w zakresie utrwalania i zwielokrotniania utworu – wytwarzanie określoną techniką egzemplarzy utworu, w tym techniką drukarską, reprograficzną, zapisu magnetycznego oraz techniką cyfrową;
 - 2) w zakresie obrotu oryginałem albo egzemplarzami, na których utwór utrwalono – wprowadzanie do obrotu, użyczenie lub najem oryginału albo egzemplarzy;
 - 3) w zakresie rozpowszechniania utworu w sposób inny niż określony powyżej – publiczne wykonanie, wystawienie, wyświetlenie, odtworzenie oraz nadawanie i reemitowanie, jak również publiczne udostępnianie utworu w taki sposób, aby każdy mógł mieć do niego dostęp w miejscu i w czasie przez siebie wybranym, w tym udostępnianie w ramach sieci informatycznych, w szczególności sieci Internet.
4. Wraz z przeniesieniem autorskich praw majątkowych Przyjmujący Zamówienie / Zleceniobiorca przenosi na Udzielającego zamówienia w odniesieniu do poszczególnych utworów prawo do zezwalania na wykonywanie zależnych praw autorskich do tych utworów, upoważnia Udzielającego zamówienia do dokonywania w dowolnym zakresie zmian w utworach i zobowiązuje się do nie wykonywania osobistych praw autorskich do utworów w stosunku do Udzielającego zamówienia, jego następców prawnych, licencjodawców lub nabywców egzemplarzy poszczególnych utworów.
5. Udzielający zamówienia będzie miał wyłączne prawo do ubiegania się o udzielenie na jego rzecz patentu na wynalazek, praw ochronnych do wzorów użytkowych, praw z rejestracji wzorów przemysłowych oraz praw ochronnych na znaki towarowe.
6. Przeniesienie wszelkich praw, o których mowa w niniejszym paragrafie, jak również własności nośników utworów, następuje w ramach wynagrodzenia określonego w § 9 umowy.

KONTROLA

§ 16.

*Przebieg na podstawie
z zapisem 24.10.2017*
PSYCHOLOG

Szostek
mgr Milena Szostek

[Signature]



EZRA UKSW sp. z o.o.
ul. Karola Miarki 13, 01-496 Warszawa

NIP: 7010819366
REGON: 380016423

1. Przyjmujący zamówienie / Zleceniobiorca zobowiązuje się poddać kontroli ze strony Udzielającego zamówienia / Zleceniodawcy lub upoważnionych przez niego osób, jak również podmiotu kontrolującego Udzielającego zamówienia / Zleceniodawcy, a w szczególności Narodowego Funduszu Zdrowia, w zakresie:
 - 1) sposobu i zakresu udzielanych świadczeń,
 - 2) ilości udzielonych świadczeń,
 - 3) dostępności udzielonych świadczeń,
 - 4) prawidłowości wykorzystywania powierzonych środków,
 - 5) sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej i statystycznej.
2. Przyjmujący zamówienie / Zleceniobiorca zobowiązuje się do respektowania zaleceń pokontrolnych zawartych w protokole kontroli.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA SZKODĘ

§ 17.

1. Odpowiedzialność kontraktową za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń w zakresie udzielonego zamówienia wobec osób trzecich ponoszą solidarnie Udzielający zamówienia / Zleceniodawca i Przyjmujący zamówienie / Zleceniobiorca.
2. Udzielający zamówienia ponosi odpowiedzialność odszkodowawczą za wszelkie szkody wyrządzone Przyjmującemu zamówienie / Zleceniobiorcy, w związku z realizacją niniejszej umowy, na zasadach określonych w przepisach Kodeksu cywilnego.
3. Przyjmujący zamówienie / Zleceniobiorca przyjmuje na siebie na zasadach ogólnych określonych w przepisach Kodeksu cywilnego odpowiedzialność za szkody powstałe w związku i na skutek wykonywania niniejszej umowy.
4. Strony ustalają, że w razie gdy Udzielający zamówienia / Zleceniodawca zobowiązany będzie do zapłaty na rzecz własnego kontrahenta (podmiotu finansującego usługę) kary umownej z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, Przyjmujący zamówienie / Zleceniobiorca zobowiązuje się zwrócić Udzielającemu zamówienia / Zleceniodawcy zapłacone przez niego kary umowne w takiej części, w której kary te zostały naliczone w związku z niewykonaniem lub nienależytym wykonaniem przez Przyjmującego zamówienie / Zleceniobiorcę świadczeń stanowiących przedmiot niniejszej umowy.
5. łączna odpowiedzialność Przyjmującego zamówienie / Zleceniobiorcy wynikająca z niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązań związanych z niniejszą Umową ograniczona zostaje do wysokości kwoty posiadanego przez Przyjmującego zamówienie / Zleceniobiorcę ubezpieczenia; w przypadku braku jego posiadania jest nieograniczona.
6. Przyjmujący zamówienie / Zleceniobiorca zobowiązuje się do posiadania w całym okresie związania umową, ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie udzielanych świadczeń.
7. Przyjmujący zamówienie / Zleceniobiorca zobowiązuje się przedłożyć Udzielającemu zamówienie / Zleceniodawcy dokument potwierdzający dopełnienie obowiązku, o którym mowa w §17 ust. 5 w terminie nie późniejszym niż 14 dni od daty podpisania niniejszej umowy, jednakże bezwzględnie przed przystąpieniem do udzielania świadczeń.
8. Niedopełnienie przez Przyjmującego zamówienie / Zleceniobiorcę obowiązku ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej, niezachowanie ciągłości ubezpieczenia, czy też nieudokumentowanie przez niego zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z §16 ust. 5 umowy,

*Przeznaczam na pokrycie
a zupinatem*
PSYCHOLOG
mgr Milena Szostak



stanowi podstawę do rozwiązania niniejszej umowy przez Udzielającego zamówienie w trybie natychmiastowym, bez zachowania okresu wypowiedzenia.

KONIECZNE WYMOGI

§ 18.

Przyjmujący zamówienie / Zleceniobiorca oświadcza, że spełnia wymagania zdrowotne, przewidziane dla osób udzielających świadczeń zdrowotnych, które określone są w odrębnych przepisach.

WIZERUNEK

§ 19.

Przyjmujący zamówienie / Zleceniobiorca wyraża zgodę na wykorzystanie jego danych osobowych, obejmujących imię, nazwisko, tytuły naukowe i zawodowe, wizerunek, w celu przekazania do wiadomości pacjentów oraz do wszelkich instytucji i podmiotów, do których dane takie zobowiązany będzie przekazać Udzielający zamówienia / Zleceniodawca w związku z obowiązkami wynikającymi z przepisów prawa lub z umów zawartych przez Udzielającego zamówienia / Zleceniodawcę. Przyjmujący zamówienie / Zleceniobiorca wyraża także zgodę na zamieszczenie danych osobowych na stronie internetowej oraz w lokalu Udzielającego zamówienia / Zleceniodawcy.

ZMIANY UMOWY

§ 20.

1. Dopuszczalne prawem zmiany postanowień niniejszej umowy mogą być dokonywane w formie pisemnej, pod rygorem nieważności.
2. Zakazuje się istotnych zmian postanowień umowy w stosunku do treści oferty, na podstawie której dokonano wyboru Przyjmującego zamówienie, z zastrzeżeniem zapisów wskazanych w niniejszym paragrafie.
3. Udzielający zamówienia przewiduje możliwość dokonania zmian umowy w następujących okolicznościach w przypadku zmiany przepisów prawa bezpośrednio związanych z przedmiotem umowy – dopuszczalna jest taka zmiana umowy, która umożliwi dostosowanie postanowień niniejszej umowy do nowych przepisów prawa.
4. Dopuszcza się zmianę, której konieczność spowodowana jest okolicznościami, których Udzielający zamówienia, działając z należytą starannością nie mógł przewidzieć, o ile zmiana nie modyfikuje ogólnego charakteru umowy a wzrost ceny spowodowany każdą kolejną zmianą nie przekracza 10% wartości umowy.
5. Udzielający zamówienia dopuszcza zmianę terminu wykonania przedmiotu umowy lub zawieszenia terminu realizacji przedmiotu zamówienia – do 30 dni kalendarzowych - w przypadku wystąpienia opóźnień wynikających z przyczyn niezależnych od Udzielającego zamówienia.
6. W przypadku wystąpienia okoliczności, o której mowa w ust. 5 niniejszego paragrafu strony ustalają nowy termin realizacji, przy czym minimalny okres przesunięcia terminu zakończenia realizacji usługi nie przekroczy 30 dni kalendarzowych.
7. Zmiany treści umowy wymagają zachowania formy pisemnej w postaci aneksu pod rygorem nieważności.

Szostek

*Przebiegamy do podpisu
a zapytaniem 04.04.2024,*
PSYCHOLOG
Szostek
mgr Milena Szostek

Szostek



EZRA UKSW sp. z o.o.
ul. Karola Miarki 13, 01-496 Warszawa

NIP: 7010819366
REGON: 380016423

8. Nie wymagają zachowania formy pisemnej poniższe zmiany umowy, a zostaną dokonane poprzez pisemne zgłoszenie potwierdzone przez drugą stronę Umowy:
- 1) zmiana adresu Udzielającego zamówienia,
 - 2) zmiana adresu Przyjmującego zamówienie,
 - 3) zmiana harmonogramu realizacji usługi.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 21.

W sprawach nieunormowanych niniejszą umową mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego i innych, adekwatnych bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa.

§ 22.

Ewentualne spory mogące wyniknąć na tle realizacji niniejszej umowy, co do rozwiązania których Strony nie doszły do porozumienia, rozpoznawać będzie rzeczowo właściwy sąd powszechny, miejscowo właściwy dla siedziby Udzielającego zamówienia / Zleceniodawcy.

§ 23.

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

Przyjmujący zamówienie:

Milena Swoboda

Udzielający zamówienia:

Poradnia psychologiczna dla dzieci i młodzieży
EZRA UKSW Sp. z o.o.
ul. Sikorskiego 6A, 15-667 Białystok
NIP: 701 081 93 66, REGON: 380016423
Tel.: +48 576 480 777

Justyna Świerczyńska

*Potwierdzam na podstawie załączonego
24.01.2024
PSYCHOLOG
mgr Milena Swoboda*



EZRA UKSW sp. z o.o.
ul. Karola Miarki 13, 01-496 Warszawa

NIP: 7010819366
REGON: 380016423

Załącznik nr 1 do Umowy.

Harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach standardowego tygodnia pracy.

Dzień tygodnia	Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek	Sobota
Propozycja godzin pracy	14 ⁰⁰ -20 ⁰⁰	14 ⁰⁰ -15 ³⁰	—	8 ⁰⁰ -12 ⁰⁰ 16 ⁰⁰ -20 ⁰⁰	8 ⁰⁰ -12 ⁰⁰	—

Przebieg z dnia 24.04.2024
z wyjątkiem 24.04.2024
PSYCHOLOG
mgr Milena Szostek

Szostek



EZRA UKSW sp. z o.o.
ul. Karola Miarki 13, 01-496 Warszawa

NIP: 7010819366
REGON: 380016423

Załącznik nr 2 do Istotnych postanowień umowy

NASZA MISJA

Celem naszej pracy jest zdrowie dziecka.

Wspieramy proces zdrowienia dzieci oraz pomagamy w rozwijaniu ich potencjału. Odbywa się to w oparciu o pracę z rodziną i jej siecią społeczną, aby pomóc osiągnięciu spełnienia w życiu.

Drogą do osiągnięcia tego celu jest zbudowanie interdyscyplinarnego zespołu, który pracując w przyjaznej atmosferze, przestrzegając wysokich standardów będzie w stanie nieść szybką, dostępną i kompleksową pomoc klientom.

Naszym dążeniem jest praca przynosząca wymierne rezultaty, w postaci zmniejszenia hospitalizacji dzieci i młodzieży, poprawy jakości życia rodzin, podniesienia standardów leczenia psychiatrycznego i utworzenia sieci instytucji, która zapewni sobie stałe miejsce w systemie opieki leczniczej. Chcemy tak pomagać, żeby jak najwięcej rodzin mogło radzić sobie bez nas.

Wartości

Kierujemy się następującymi wartościami:

Szacunek

- Z uwagą i troską słuchamy siebie nawzajem i naszych klientów.
- Jesteśmy wrażliwi na potrzeby innych i szczerze mówimy o własnych.
- Nie oceniamy.

Profesjonalizm

- Działamy zgodnie z aktualną wiedzą, w oparciu o wypracowane standardy.
- Kierujemy się normami etyki zawodowej i osobistej.
- Naszą pracę poddajemy superwizji.
- Dbamy o samorozwój i szkolimy się.
- Korzystamy z umiejętności i wiedzy innych członków zespołu.
- Dobrze gospodarujemy dostępnymi zasobami.

Otwartość

- Jesteśmy otwarci na przyjęcie innej perspektywy niż nasza.
- Podążamy za klientem wykorzystując naszą wiedzę i doświadczenie.
- Staramy się wychodzić poza schematy.
- Ujawniamy nasze obawy.
- Współpracujemy z innymi osobami i placówkami.

*Przeznaczam na opodatkowanie
z dopłatami 24.11.2024*

PSYCHOLOG
Szostek
mgr Milena Szostek



EZRA UKSW sp. z o.o.
ul. Karola Miarki 13, 01-496 Warszawa

NIP: 7010819366
REGON: 380016423

DIALOGICZNOŚĆ

- Druga osoba jest dla nas zawsze podmiotem w dialogu.
- Jesteśmy zaintrygowani tym, co ma do powiedzenia.
- Ważne decyzje podejmujemy w procesie dialogu.
- Każdy głos staramy się traktować jako równie ważny.
- Aktywnie poszukujemy miejsc i osób, które mogą wspierać proces zdrowienia.

WSPÓŁPRACA

- Dążymy do tego, aby pracować w parach i zespołach terapeutycznych.
- Dbamy o jasne ramy czasowe spotkań.
- Znajdujemy czas na omówienie procesów terapeutycznych, wymianę doświadczeń i wspieranie siebie nawzajem.

*Przebieg rozmowy w sprawie
z wyjątkiem 24.04.2024*

PSYCHOLOG

Szostek
mgr Milena Szostek

Szostek

Szostek



EZRA UKSW sp. z o.o.
ul. Karola Miarki 13, 01-496 Warszawa

NIP: 7010819366
REGON: 380016423

Załącznik nr 3 Katalog Świadczeń A i B

KATEGORIA	KATALOG USŁUG EZRA	ODPOWIADAJĄCY KATALOG USŁUG NFZ
A	Wizyta diagnostyczna pierwszorazowa (90 minut)	Porada psychologiczna diagnostyczna (90 minut)
A	Badanie psychometryczne (60 minut)	Porada psychologiczna diagnostyczna (60 minut)
A	Badanie psychometryczne (90 minut)	Porada psychologiczna diagnostyczna (90 minut)
A	Badanie psychologiczne (60 minut)	Porada psychologiczna diagnostyczna (60 minut)
A	Badanie psychologiczne (90 minut)	Porada psychologiczna diagnostyczna (90 minut)
A	Diagnoza funkcjonalna ICF (60 minut)	Porada psychologiczna diagnostyczna (60 minut)
A	Obserwacja kliniczna w środowisku szkolnym/przedszkolnym prowadzona przez dwóch specjalistów (90 minut)	Wizyta, porada domowa lub środowiskowa - dwóch prowadzących (90 minut)
A	Omówienie wyników z pacjentem/jego rodziną (30 minut)	Porada psychologiczna (30 minut)
A	Omówienie wyników z pacjentem/jego rodziną (60 minut)	Porada psychologiczna (60 minut)
A	Ustalenie indywidualnego planu zdrowienia (30 minut)	Porada psychologiczna (30 minut)
A	Wizyta pierwszorazowa domowa/środowiskowa - wywiad środowiskowy prowadzona przez dwóch specjalistów (90 minut)	Wizyta, porada domowa lub środowiskowa - dwóch prowadzących (90 minut)
A	Porada psychologiczna (60 minut)	Porada psychologiczna (60 minut)
A	Porada psychologiczna (30 minut)	Porada psychologiczna (30 minut)
A	Kwalifikacja do zajęć grupowych (30 minut)	Porada psychologiczna (30 minut)
A	Porada psychologiczna dla jednej osoby z sieci oparcia (60 minut)	Porada psychologiczna (60 minut)
A	Porada psychologiczna dla więcej niż jednej osoby z sieci oparcia (60 minut)	Sesja wsparcia psychospołecznego (60 minut)
A	Porada/konsultacja psychologiczna dla opiekuna prawnego (30 minut)	Porada psychologiczna (30 minut)
A	Sesja wsparcia psychospołecznego (60 minut)	Sesja wsparcia psychospołecznego (60 minut)
A	Sesja zamykająca indywidualny plan zdrowienia (60 minut)	Porada psychologiczna (60 minut)
A	Ustalenie indywidualnego planu zdrowienia (60 minut)	Porada psychologiczna (60 minut)
A	Sesja podsumowująca realizację indywidualnego planu zdrowienia (30 minut)	Porada psychologiczna (30 minut)
A	Sesja podsumowująca realizację indywidualnego planu zdrowienia (60 minut)	Porada psychologiczna (60 minut)
A	Sesja otwartego dialogu prowadzona przez dwóch specjalistów (90 minut)	Sesja psychoterapii grupowej – dwóch prowadzących (90 minut)
A	Sesja psychoterapii diady/rodzicielskiej prowadzonej przez jednego specjalistę (90 minut)	Sesja psychoterapii rodzinnej - jeden prowadzący (90 minut)
A	Sesja psychoterapii diady/rodzicielskiej prowadzona przez dwóch specjalistów (90 minut)	Sesja psychoterapii rodzinnej – dwóch prowadzących (90 minut)
A	Sesja psychoterapii grupowej prowadzona przez	Sesja psychoterapii grupowej - jeden prowadzący (90

głównie

*Potwierdzam na podstawie
z opiniami 24.04.2014*

PSYCHOLOG
Szebel
mgr Michał Szostek

Szebel

**EZRA UKSW sp. z o.o.**

ul. Karola Miarki 13, 01-496 Warszawa

NIP: 7010819366
REGON: 380016423

	jednego specjalistę (90 minut)	minut)
A	Sesja psychoterapii indywidualnej (60 minut)	Sesja psychoterapii indywidualnej (60 minut)
A	Sesja psychoterapii par prowadzona przez dwóch specjalistów (90 minut)	Sesja psychoterapii rodzinnej – dwóch prowadzących (90 minut)
A	Sesja psychoterapii par prowadzona przez jednego specjalistę (90 minut)	Sesja psychoterapii rodzinnej – jeden prowadzący (90 minut)
A	Sesja psychoterapii rodzinnej prowadzona przez dwóch specjalistów (90 minut)	Sesja psychoterapii rodzinnej – dwóch prowadzących (90 minut)
A	Sesja wsparcia psychospołecznego (60 minut)	Sesja wsparcia psychospołecznego (60 minut)
A	Trening umiejętności interpersonalnych prowadzony przez dwóch specjalistów (90 minut)	Sesja psychoterapii grupowej – dwóch prowadzących (90 minut)
A	Trening umiejętności interpersonalnych prowadzony przez jednego specjalistę (90 minut)	Sesja psychoterapii grupowej - jeden prowadzący (90 minut)
A	Trening zastępowania agresji prowadzony przez dwóch specjalistów (90 minut)	Sesja psychoterapii grupowej – dwóch prowadzących (90 minut)
A	Trening zastępowania agresji prowadzony przez jednego specjalistę (90 minut)	Sesja psychoterapii grupowej - jeden prowadzący (90 minut)
A	Wizyta środowiskowa prowadzona przez jednego specjalistę (90 minut)	Wizyta, porada domowa lub środowiskowa - jeden prowadzący (90 minut)
A	Wizyta środowiskowa prowadzona przez dwóch specjalistów (90 minut)	Wizyta, porada domowa lub środowiskowa – dwóch prowadzących (90 minut)
A	Kolejna wizyta środowiskowa prowadzona przez dwóch specjalistów w tym samym miejscu (60 minut)	Wizyta, porada domowa lub środowiskowa - dwóch prowadzących, kolejna w tym samym miejscu (60 minut)
A	Interwencja w środowisku (60 minut)	Wizyta osoby prowadzącej terapię środowiskową (60 minut)
A	Porada dla opiekuna prawnego w środowisku prowadzona przez jednego specjalistę (45 minut)	Wizyta osoby prowadzącej terapię środowiskową (45 minut)
A	Porada dla pacjenta udzielona w jego środowisku domowym lub szkolnym prowadzona przez jednego specjalistę (45 minut)	Wizyta osoby prowadzącej terapię środowiskową (45 minut)
A	Sesja socjoterapii prowadzona przez psychoterapeutę (90 minut)	Sesja psychoterapii grupowej - jeden prowadzący (90 minut)
A	Sesja socjoterapii prowadzona przez jednego specjalistę (60 minut)	Sesja wsparcia psychospołecznego (60 minut)
A	Sesja grupy podwórkowej prowadzona przez jednego specjalistę (90 minut)	-----
A	Warsztat terapii środowiskowej w klasie prowadzony przez jednego specjalistę (90 minut)	Wizyta, porada domowa lub środowiskowa - jeden prowadzący (90 minut)
A	Warsztat terapii środowiskowej w klasie prowadzony przez dwóch specjalistów (90 minut)	Wizyta, porada domowa lub środowiskowa – dwóch prowadzących (90 minut)
A	Wizyta diagnostyczna środowiskowa prowadzona przez jednego specjalistę (90 minut)	Wizyta, porada domowa lub środowiskowa - jeden prowadzący (90 minut)
A	Wizyta diagnostyczna środowiskowa prowadzona przez dwóch specjalistów (90 minut)	Wizyta, porada domowa lub środowiskowa – dwóch prowadzących (90 minut)

*Przebiegam na podwórku
z wyjątkiem 24.04.2020.*

PSYCHOLOG

mgr Milena Szostek

*Szostek**ghe*



EZRA UKSW sp. z o.o.
ul. Karola Miarki 13, 01-496 Warszawa

NIP: 7010819366
REGON: 380016423

KATEGORIA	KATALOG EZRA B	SPRAWOZDAWCZOŚĆ NFZ
B	Opracowywanie wyników i opinii	-----
B	Omówienie diagnozy/konceptualizacji ze specjalistami spoza zespołu	Konsylium świadczeniobiorcy leczącego się na II poziomie referencyjnym - I poziom referencyjny (konsylium z inicjatywy I poziomu)
B	Omówienie wyników diagnozy/konceptualizacji ze specjalistami z zespołu	Sesja koordynacji świadczeniobiorcy - I poziom referencyjny
B	Sesja koordynacji leczenia pacjenta ze specjalistami w zespole	Sesja koordynacji świadczeniobiorcy - I poziom referencyjny
B	Sesja koordynacji współpracy z instytucjami	Sesja koordynacji świadczeniobiorcy - I poziom referencyjny
B	Sesja koordynacji ze specjalistami spoza zespołu	Konsylium świadczeniobiorcy leczącego się na II poziomie referencyjnym - I poziom referencyjny (konsylium, w którym uczestniczył świadczeniodawca realizujący I poziom)
B	Sesja koordynacji/konsultacji z lekarzami/specjalistami z II poziomu referencyjnego	Konsylium świadczeniobiorcy leczącego się na II poziomie referencyjnym - I poziom referencyjny (konsylium z inicjatywy I poziomu)
B	Sesja koordynacji/konsultacji z lekarzami/specjalistami z III poziomu referencyjnego	Konsylium świadczeniobiorcy leczącego się na III poziomie referencyjnym - I poziom referencyjny (konsylium z inicjatywy I poziomu)
B	Sesja zespołu koordynującego/interdyscyplinarnego	Sesja koordynacji świadczeniobiorcy - I poziom referencyjny
B	Sesja zespołu leczącego	Sesja koordynacji świadczeniobiorcy - I poziom referencyjny
B	Sesja superwizji klinicznej	-----
B	Sesja superwizji prowadzonej przez superwizora certyfikowanego	Superwizja osoby z personelu - I poziom referencyjny
B	Sesja superwizji zespołu	Superwizja osoby z personelu - I poziom referencyjny
B	Poradnictwo dla specjalistów spoza centrum	Sesja koordynacji świadczeniobiorcy - I poziom referencyjny

*Podpisana w spotkaniu
z opiekunami*

PSYCHOLOG

Szostek
mgr Milena Szostek

gsluc

Selby

