**Załącznik nr 1**

**Oferta na przyjęcie obowiązków w zakresie**

**udzielania świadczeń zdrowotnych**

Pełna nazwa Oferenta (zgodnie z właściwym rejestrem):

…………………….......................................................................................................................................

Numer wpisu do właściwego rejestru (właściwej Izby Lekarskiej lub innego organu rejestrowego – jeżeli dotyczy):

……….....................................................................................................................................................

Regon:

……………...............................................................................................................................................

NIP:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Pesel:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Bank:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nr rachunku bankowego:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adres praktyki :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…...

Telefon:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

E-mail:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nr prawa wykonywania zawodu i data jego uzyskania – jeżeli dotyczy:

……………………………………………...............................................................................................................

Kwalifikacje zawodowe (posiadane specjalizacje, stopień specjalizacji i data uzyskania specjalizacji) – jeżeli dotyczy:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Niniejszym składam ofertę na przejęcie obowiązków w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z art. 140, art. 141, art. 146 ust. 1, art. 147, art. 148 ust. 1, art. 149, art. 150, art. 151 ust. 1, 2 i 4-6, art. 152, art. 153 i art. 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz szczegółowymi warunkami konkursu ofert i materiałami informacyjnymi o konkursie ofert na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z wzorem umowy i przyjmuję ja bez zastrzeżeń.

Oświadczam, że uważam się związany ofertą przez okres 30 dni od daty składania ofert.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Decyzją nr 145/MON Ministra Obrony Narodowej z dnia 13 lipca 2017r. ( poz. 157 )

* Za realizację zamówienia oczekuję należności wg następującej kalkulacji – **wypełnić odpowiedni zakres:**

1. CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie andrologii przez specjalistę lub lekarza w trakcje specjalizacji z andrologii w Poradni Zaburzeń Prokreacji i Leczenia Endometriozy przy Klinicznym Oddziale Ginekologii Onkologicznej w ramach realizacji Programu kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego ( maksymalnie 20 godz. w miesiącu ) – 1 lekarz

**zakres 1) - stawka za 1 godzinę …………………zł brutto (minimalnie 20 godz. w miesiącu).**

1. CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie genetyki klinicznej w Poradni Zaburzeń Prokreacji i Leczenia Endometriozy przy Klinicznym Oddziale Ginekologii Onkologicznej w ramach realizacji Programu kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego ( maksymalnie 20 godz. w miesiącu ) – 1 lekarz specjalista

**zakres 2) - stawka za 1 godzinę …………………zł brutto (minimalnie 20 godz. w miesiącu).**

1. CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie endokrynologii w Poradni Zaburzeń Prokreacji i Leczenia Endometriozy przy Klinicznym Oddziale Ginekologii Onkologicznej w ramach realizacji Programu kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego ( maksymalnie 30 godz. w miesiącu ) – 1 lekarz specjalista

**zakres 3) - stawka za 1 godzinę …………………zł brutto (minimalnie 30 godz. w miesiącu).**

1. CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie immunologii klinicznej przez specjalistę lub lekarza w trakcje specjalizacji z immunologii klinicznej w Poradni Zaburzeń Prokreacji i Leczenia Endometriozy przy Klinicznym Oddziale Ginekologii Onkologicznej w ramach realizacji Programu kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego ( maksymalnie 20 godz. w miesiącu ) – 1 lekarz

**zakres 4) - stawka za 1 godzinę …………………zł brutto (minimalnie 20 godz. w miesiącu).**

1. CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie urologii przez specjalistę lub lekarza w trakcje specjalizacji z urologii w Poradni Zaburzeń Prokreacji i Leczenia Endometriozy przy Klinicznym Oddziale Ginekologii Onkologicznej w ramach realizacji Programu kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego ( maksymalnie 20 godz. w miesiącu ) – 1 lekarz

**zakres 5) - stawka za 1 godzinę …………………zł brutto (minimalnie 20 godz. w miesiącu).**

6) CPV 85110000-3 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie dietetyki przez lekarza w Poradni Zaburzeń Prokreacji i Leczenia Endometriozy przy Klinicznym Oddziale Ginekologii Onkologicznej w ramach realizacji Programu kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego ( maksymalnie 30 godz. w miesiącu ) – 1 lekarz

**zakres 6) - stawka za 1 godzinę …………………zł brutto (minimalnie 30 godz. w miesiącu).**

1. CPV 85121270-6 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie psychologii w w Poradni Zaburzeń Prokreacji i Leczenia Endometriozy przy Klinicznym Oddziale Ginekologii Onkologicznej w ramach realizacji Programu kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego ( maksymalnie 30 godz. w miesiącu ) – 1 psycholog;

**zakres 7) - stawka za 1 godzinę …………………zł brutto (minimalnie 30 godz. w miesiącu).**

* **na okres od 16.07.2018r. do 30.06.2020r.**

1.Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach uzgodnionych z Udzielającym zamówienia.

2.Oświadczam, że posiadam aktualną polisę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

3.Oświadczam, że posiadam uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych.

4.Oświadczam, że w ramach prowadzonej praktyki lekarskiej świadczę usługi dla ludności i samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.

5. Przyjmuję do wiadomości, że:

* Administratorem danych osobowych jest  4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką  SP ZOZ we Wrocławiu, reprezentowany przez Komendanta z siedzibą przy ul. R. Weigla 5 50-981 Wrocław;
* Dane osobowe przetwarzane są w celu obsługi osób zatrudnionych na podstawie umów cywilono-prawnych w 4 WSKzP SPZOZ;
* Administrator danych gwarantuje właściwą ochronę przetwarzanych danych osobowych;
* Posiadam prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania;
* Podanie danych osobowych jest obowiązkowe, co wynika z przepisów Prawa Pracy,   
  w szczególności z Ustawy Kodeks Pracy.
* Szczegóły dotyczące przetwarzania danych osobowych opisane są w „Polityce prywatności ochrony danych osobowych” i dostępne są na stronie [www.4wsk](http://www.4wsk).pl – zakładka ABC Pacjenta

….....................................................

Data ( pieczątka i podpis )