**Załącznik nr 1**

**Oferta na przyjęcie obowiązków w zakresie**

**udzielania świadczeń zdrowotnych**

Pełna nazwa Oferenta (zgodnie z CEIDG):

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

Numer 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 :

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

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

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

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 chirurgii ogólnej w ramach dyżurów medycznych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (maksymalnie 200 godz. w miesiącu) – 1 lekarz specjalista:

* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto**
* umowa na świadczenia zdrowotne w ww. zakresie **na okres od dnia 01.10.2018r. do dnia 30.09.2020r.**

1. CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie neurologii w Klinicznym Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Leczenia Udarów i Szpitalnym Oddziale Ratunkowym   
   ( minimalnie 160 godz. w miesiącu, maksymalnie 250 godz. w miesiącu ) – 1 lekarz specjalista;

* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto**
* **stawka za 1 godzinę dyżuru…………………zł brutto**
* **oraz** wynagrodzenie za udział w identyfikacji dawcy zmarłego zgodnie z Załącznikiem nr 2A do ROZPORZĄDZENIA MINISTRA ZDROWIA z dnia 22 marca 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu ustalania kosztów czynności związanych z pobieraniem, przechowywaniem, przetwarzaniem, sterylizacją i dystrybucją komórek, tkanek i narządów.
* umowa na świadczenia zdrowotne w ww. zakresie **na okres od dnia 01.10.2018r. do dnia 30.09.2019r.**

1. CPV 85142100-7 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie fizjoterapii w Zakładzie Rehabilitacji Leczniczej (minimalnie 140 godz. w miesiącu maksymalnie 160 godz. w miesiącu) - 1 fizjoterapeuta;

* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto**
* umowa na świadczenia zdrowotne w ww. zakresie **na okres od dnia 01.10.2018r. do dnia 30.09.2019r.**

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 )