**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 ……….....................................................................................................................................................

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 4 Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką SPZOZ we Wrocławiu.**

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 85111500-5 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrii wraz z wykonywaniem czynności Kierownika Klinicznego Oddziału Psychiatrycznego i Leczenia Stresu Bojowego oraz doradcy budżetowo - sprzedażowego (min. 160 godz. w miesiącu, max. 220 godz. w miesiącu ) – 1 lekarz specjalista:

* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto**
* umowa na świadczenia zdrowotne w ww. zakresie **na okres od dnia 01.12.2018r. do dnia 30.11.2019r.**

1. CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu w Klinice Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu (min. 50 godz. w miesiącu, max. 120 godz. w miesiącu ) – 1 lekarz specjalista.

* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto**
* umowa na świadczenia zdrowotne w ww. zakresie **na okres od dnia 01.12.2018r. do dnia 30.11.2019r.**

1. CPV 85111100-1 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii naczyniowej, chirurgii ogólnej w Klinice Chirurgicznej i Poradni Chirurgii Naczyniowej (min. 200 godz. w miesiącu, max. 350 godz. w miesiącu ) – 1 lekarz specjalista:

* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto**
* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto dyżuru po telefonem**
* **wynagrodzenie za udział w procedurach pobrań i przeszczepów wg. ustalonego algorytmu zatwierdzonego przez Komendant 4 WSK z P SP ZOZ (do wglądu w Dziale Kadr)**
* umowa na świadczenia zdrowotne w zakresie ww. zakresie **na okres od 01.12.2018r. do dnia 30.11.2019r.**

1. CPV 85111100-1 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii naczyniowej, chirurgii ogólnej oraz chirurgii transplantacyjnej w Klinice Chirurgicznej i Poradni Chorób Naczyń wraz z wykonywaniem czynności Kierownika Klinicznego Oddziału Chirurgii Naczyniowej (minimalnie 200 godz. w miesiącu maksymalnie 360 godz. w miesiącu) – 1 lekarz specjalista:

* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto**
* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto dyżuru po telefonem**
* **wynagrodzenie za udział w procedurach pobrań i przeszczepów wg. ustalonego algorytmu zatwierdzonego przez Komendant 4 WSK z P SP ZOZ (do wglądu w Dziale Kadr)**
* **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 01.12.2018r. do dnia 30.11.2019r.**

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

2. Oświadczam, że posiadam aktualną polisę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej określonej w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2011r. nr 293   
poz. 1729).

3. Oświadczam, że posiadam aktualne badania profilaktyczne.

4. Oświadczam, że posiadam aktualną książeczkę sanitarno-epidemiologiczną lub orzeczenie do celów sanitarno-epidemiologicznych i zobowiązuję się do okazania jej/go Inspektorowi przed przystąpieniem do szkolenia z zakresu BHP.

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

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

7. 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.WSzKzP 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 )