**Załącznik nr 1**

**Oferta na przyjęcie obowiązków w zakresie**

**udzielania świadczeń zdrowotnych**

Pełna nazwa Oferenta (zgodnie z CEIDG):

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

Numer wpisu do właściwego rejestru (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 )

Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych osobom uprawnionym do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, w ramach i na zasadach umowy o dofinansowanie zawartej przez Udzielającego zamówienie z Instytucją Zarządzającą: Ministerstwem Inwestycji i Rozwoju.

**Proponuję zawarcie umowy na świadczenia zdrowotne w zakresie:**

1. CPV 85141200-1 Udzielanie świadczeń w zakresie dyżurów medycznych w Klinicznym Oddziale Psychiatrycznym i Leczenia Stresu Bojowego przez pielęgniarkę ze specjalizacją z psychiatrii lub w trakcie specjalizacji w ramach projektu pn. „Program zintegrowanych działań zdrowotnych, społecznych i socjalnych w procesie zdrowienia osób z doświadczeniem choroby psychicznej etap II” o sygnaturze POWR.04.01.00-00-D203/17 - (ok. 160 godz. w miesiącu ,maksymalnie 276 godz. w miesiącu) - 10 pielęgniarek;
* **stawka za 1 godzinę …………………zł. brutto (ok. 160godz. w m-cu, max. 276 godz. w miesiącu).**
* **w terminie od dnia 01.03.2019r. do dnia 31.12.2021r.,** **który jest uzależniony od terminów związanych z umową o dofinansowanie w danym projekcie.**
* Poza wynagrodzeniem określonym w ust. 1 Przyjmującemu Zamówienie przysługiwać będzie prawo do dodatkowego wynagrodzenia wynikającego z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 08.09.2015r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej (tj. Dz.U. z 2016r. poz. 1146 z późn. zm.) i Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 29.08.2018r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej (tj. Dz.U. z 2018r. poz. 1681 ) na warunkach i w wysokości określonych w porozumieniu zawartym pomiędzy Zakładową Organizacją Związkową Ogólnopolskiego Związku Pielęgniarek i Położnych, a 4 Wojskowym Szpitalem Klinicznym z Polikliniką SP ZOZ we Wrocławiu, reprezentowanym przez Komendanta Szpitala płk. dr. n. med. Wojciecha Tańskiego w sprawie uruchomienia dodatkowego wynagrodzenia dla pielęgniarek i położnych.

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.

1. Oświadczam, że moje łączne zaangażowanie zawodowe w realizację wszelkich projektów finansowanych z funduszy strukturalnych i Funduszu Spójności oraz działań finansowanych z innych źródeł, w tym środków własnych beneficjenta (4. WSzKzP SP ZOZ we Wrocławiu) i innych podmiotów, nie przekracza obecnie i nie przekroczy w trakcie realizacji projektu łącznie 276 godzin miesięcznie (Dotyczy wszelkich form zaangażowania zawodowego, w szczególności w ramach stosunku pracy, stosunku cywilnoprawnego i samozatrudnienia).

8. 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
* 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 )