**Załącznik nr 1**

**Oferta na przyjęcie obowiązków w zakresie**

**udzielania świadczeń zdrowotnych**

Pełna nazwa Oferenta (zgodnie z CEIDG):

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

Numer księgi 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. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej wraz z wykonywaniem czynności zawodowych Kierownika Pracowni Nieinwazyjnych Badań Obrazowych Układu Krążenia w Ośrodku Diagnostyki Obrazowej i pełnienia dyżurów medycznych w Zakładzie Radiologii Lekarskiej i Diagnostyki Obrazowej ( min. 72 godz. w miesiącu, maksymalnie 120 godz. w miesiącu dyżurów medycznych) – 1 lekarz specjalista:

* **stawka za 1 godzinę dyżuru w dni robocze …………………zł brutto**
* **stawka za 1 godzinę dyżuru w niedziele i święta …………………zł brutto**

Zakres Opisywanych badań planowych w czasie poza pełnionymi dyżurami:

* TK serca- …………..zł/ badanie
* TK klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy w procedurze kwalifikacji do zabiegu TAVI- ……zł ł/badanie
* TK angiografia- ………. zł/ badanie
* MR serca- ……. zł/ badanie
* MR serca z ilościową oceną T1 i T2- mapping- ……….. zł/ badanie
* MR angiografia - …….. zł/ badanie
* Konsultacja wyniku TK/MR serca i naczyń - ………. % stawki za opis badania.
* Konsultacja wyniku tk/mr opisanego przez lekarza w trakcie specjalizacji:

TK- …….. zł, MR - ………..zł

* umowa na świadczenia zdrowotne w ww. zakresie **na okres od dnia 01.02.2019r. do dnia 31.01.2020r.**

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 ) – 2 lekarzy specjalistów;

* **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 01.02.2019r. do dnia 31.01.2020r.**

3) CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób wewnętrznych 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 zakresie ww. zakresie **na okres od 01.02.2019r. do dnia 31.01.2020r.**

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

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