Załącznik Nr 1

**Oferta na przyjęcie obowiązków w zakresie**

**udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach umowy zlecenia**

Pełna nazwa Oferenta:

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

Pesel:

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

Bank:

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

Nr rachunku bankowego:

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

Adres zamieszkania:

(dzielnica/gmina)………………………………………………………………………………………………………………………………

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

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 WSzKzP SPZOZ**

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.

**Za realizację zamówienia oczekuję należności wg następującej kalkulacji:**

**ZAKRES 1)** CPV 85141000-9 Udzielanie świadczeń zdrowotnych **przez technika w zakresie**

 **hemodializoterapii w Klinicznym Oddziale Chirurgii Transplantacyjnej** –1 technik

* stawka ryczałt…………………………………zł brutto pozostawanie w gotowości
* stawka za 1 godzinę………………………..zł brutto wezwanie z gotowości

**ZAKRES 2)** CPV 85141200-1 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie czynności zawodowych pielęgniarki polegających na hemodializoterapii **w Klinicznym Oddziale Chirurgii Transplantacyjnej** -2 pielęgniarki

* stawka ryczałt…………………………………zł brutto pozostawanie w gotowości
* stawka za 1 godzinę………………………..zł brutto wezwanie z gotowości

**ZAKRES 3)** CPV 85141200-1 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania czynności zawodowych pielęgniarki **w Zakładzie Radiologii Lekarskiej i Diagnostyki Obrazowej** (min.60 godz., max. 120 godz. w miesiącu dla jednego Zleceniobiorcy)- 1 pielęgniarka

* stawka za 1 godzinę ……………………………………………………………………….zł brutto

**ZAKRES 4)** CPV 85141200-1 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie czynności zawodowych pielęgniarki **w Klinicznym Oddziale Urologicznym** ( max. 160 godz. dla jednego zleceniobiorcy, min. 5 dyżurów w miesiącu) – 1 pielęgniarka

* stawka za 1 godzinę ……………………………………………………………………….zł brutto

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

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

3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wynikających z postepowania konkursowego w celu realizacji umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne zgodnie
z ustawą o ochronie danych osobowych z 29.08.1997 r. (Dz. U. 2015 r poz. 2135 z dnia 16.12.2015 r.
z późniejszymi zmianami)

4. Na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych

(Dz. U. 2015 r poz. 2135 z dnia 16.12.2015 r.), przyjmuję do wiadomości :

* Administratorem moich danych osobowych jest 4 WSK z P SP ZOZ we Wrocławiu z siedzibą przy

ul. R. Weigla 5 50-981 Wrocław;

* Moje dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji umowy z 4 WSKzP SPZOZ we Wrocławiu.,
* Będę posiadał/a prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania;
* Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do zapewnienia właściwej realizacji postępowania konkursowego.

 .....................................................

 Data i podpis