**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:

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

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 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania i opisu badań diagnostycznych MR, TK, CR wraz z wykonywaniem czynności zawodowych Kierownika Pracowni Rezonansu Magnetycznego i pełnienia dyżurów medycznych w Zakładzie Radiologii Lekarskiej i Diagnostyki Obrazowej ( dyżury medyczne min. 60 godz. w miesiącu, maksymalnie 180 godz. w miesiącu) – 1 lekarz specjalista.
* **stawka za 1 godzinę dyżuru …………………zł brutto**

Opis i wykonanie badań diagnostycznych MR, TK, CR wg zapotrzebowania Zakładu, zleconych i wykonanych w czasie poza pełnionymi dyżurami medycznymi, zgodnie z wyszczególnionymi poniżej stawkami i harmonogramem pracy Zakładu:

* wykonanie i opis badania TK ………..zł
* wykonanie i opis badania MR ……….zł
* opis badania CR ……….zł
* umowa na świadczenia zdrowotne w ww. zakresie **na okres od dnia 01.03.2019r. do dnia 29.02.2020r.**
1. CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania i opisu badań diagnostycznych MR, TK, CR, USG i pełnienia dyżurów medycznych w Zakładzie Radiologii Lekarskiej i Diagnostyki Obrazowej ( dyżury medyczne min. 49 godz. i 15 minut w miesiącu, maksymalnie 180 godz. w miesiącu) – 1 lekarz specjalista:
* **stawka za 1 godzinę dyżuru …………………zł brutto**

Opis i wykonanie badań diagnostycznych MR, TK, CR i USG wg zapotrzebowania Zakładu, zleconych i wykonanych w czasie poza pełnionymi dyżurami medycznymi, zgodnie z wyszczególnionymi poniżej stawkami i harmonogramem pracy Zakładu:

* wykonanie i opis badania TK ………..zł
* wykonanie i opis badania MR ………..zł
* opis badania CR ………..zł
* wykonanie i opis badania USG ………..zł
* wykonanie i opis badania TK serca ………..zł
* wykonanie i opis badania TAVI ………..zł
* umowa na świadczenia zdrowotne w ww. zakresie **na okres od dnia 01.03.2019r. do dnia 28.02.2021r.**
1. CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie czynności lekarza internisty w Klinicznym Oddziale Chirurgii Transplantacyjnej i udziału w procedurze pobrań i przeszczepów (min. 50 godz. w miesiącu, max. 260 godz. w miesiącu i do 120 godz. dyżury pod telefonem w miesiącu) – 4 lekarzy specjalistów:
* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto**
* **stawka za 1 godzinę dyżuru pod telefonem…………………zł brutto**
* **stawka za wytypowanie i przygotowanie do przeszczepu dwóch biorców nerki…………..zł brutto**
* **wynagrodzenie za udział w procedurach pobrań i przeszczepów wg. ustalonego algorytmu zatwierdzonego przez Komendant 4. WSzKzP SPZOZ** (do wglądu w Dziale Kadr)
* umowa na świadczenia zdrowotne w ww. zakresie **na okres od dnia 01.03.2019r. do dnia 29.02.2020r.**
1. CPV 85121200-5 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie okulistyki w Poradni Okulistycznej w Poliklinice 4.WSzKzP SPZOZ (min. 60 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 01.03.2019r. do dnia 30.04.2021r.**
1. CPV 85121282-3 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie dermatologii i wenerologii w Poradni Dermatologiczno – Wenerologicznej w Poliklinice 4.WSzKzP SPZOZ ( ok. 60 godzin w miesiącu )
– 3 lekarzy specjalistów;
* **……. % iloczynu wykonanych świadczeń oraz ich wartości wycenionych przez NFZ**
* **……. % wyniku finansowego z konsultacji zleconych w ramach zawartych umów w zakresie Poradni Dermatologiczno-Wenerologicznej** ( do wglądu w Dziale Kadr )
* umowa na świadczenia zdrowotne w ww. zakresie **na okres od dnia 01.03.2019r. do dnia 30.04.2021r.**

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 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 )