**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 ortopedii i traumatologii narządu ruchu w ramach dyżurów medycznych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym ( maksymalnie 200 godz. w miesiącu ) – 2 lekarzy specjalistów:
* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto**
* umowa na świadczenia zdrowotne w zakresie ww. zakresie **na okres od 01.05.2019r. do dnia 30.04.2021r.**
1. CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii ogólnej w ramach dyżurów medycznych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (maksymalnie 200 godz. w miesiącu)
– 2 lekarzy specjalistów:
* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto**
* umowa na świadczenia zdrowotne w zakresie ww. zakresie **na okres od 01.05.2019r. do dnia 30.04.2021r.**
1. CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu w Klinice Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu ( minimalnie 150 godz. w miesiącu, maksymalnie 200 godz. w miesiącu ) – 1 lekarz specjalista;
* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto**
* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto dyżuru**
* umowa na świadczenia zdrowotne w zakresie ww. zakresie **na okres od 01.05.2019r. do dnia 30.04.2021r.**
1. CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu przez lekarza w trakcie specjalizacji w ramach dyżurów lekarskich w Klinice Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu
( minimalnie 16 godz. 25 min. w miesiącu, maksymalnie 100 godz. w miesiącu ) – 1 lekarz:
* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto**
* umowa na świadczenia zdrowotne w zakresie ww. zakresie **na okres od 01.06.2019r. do dnia 31.05.2020r.**
1. CPV 85121270-6 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrii w Poradni Zdrowia Psychicznego 4. WSzKzP SPZOZ ( min. 12 godz. w miesiącu, max. 50 godz. w miesiącu )

– 1 lekarz specjalista:

* **……. % wartości wykonywanych usług wycenionych przez NFZ**
* **……. % wyniku finansowego z innych badań i konsultacji wykonanych w Poradni Zdrowia Psychicznego 4.WSzKzP SPZOZ** ( do wglądu w Dziale Kadr )
* umowa na świadczenia zdrowotne w ww. zakresie **na okres od dnia 01.05.2019r. do dnia 30.04.2021r.**
1. CPV 85121292-6 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie urologii w ramach dyżurów medycznych w Klinicznym Oddziale Urologicznym ( minimalnie 16 godz. 25 min w miesiącu maksymalnie 100 godz. w miesiącu) - 1 lekarz specjalista:
* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto**
* **stawka za dyżur pełniony w Klinicznym Oddziale Ginekologii Onkologicznej i Prokreacyjnej ……....…… zł brutto**
* umowa na świadczenia zdrowotne w ww. zakresie **na okres od dnia 01.05.2019r. do dnia 30.04.2020r.**
1. CPV 85121291-9 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pediatrii w Przychodni POZ Wrocław ul. Róży Wiatrów 11B (minimalnie 130 godz. w miesiącu, maksymalnie 180 godz. w miesiącu) – 1 lekarz specjalista:
* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto**
* umowa na świadczenia zdrowotne w zakresie ww. zakresie **na okres od 01.06.2019r. do dnia 31.05.2022r.**
1. CPV 85000000-9 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w Przychodni POZ przy Akademii Wojsk Lądowych we Wrocławiu, ul. Czajkowskiego 109  (do 165 godz. w miesiącu) – 1 lekarz:
* **……………% z ½ przychodów w danym miesiącu z Gabinetu POZ.**
* umowa na świadczenia zdrowotne w zakresie ww. zakresie **na okres od 01.06.2019r. do dnia 31.05.2021r.**

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 )