**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:**

Umowy na świadczenia zdrowotne w niżej wyszczególnionych zakresach zostaną podpisane

**na okres od 01.05.2019r. do dnia 30.04.2020r.**

1. CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii wraz z wykonywaniem czynności Kierownika Klinicznego Oddziału Kardiologii Ogólnej w Klinice Kardiologii (minimalnie 160 godz. w miesiącu, max. 180 godz. w miesiącu) – 1 lekarz specjalista;
* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto**
1. CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii wraz z wykonywaniem czynności Kierownika Klinicznego Oddziału Zaburzeń Rytmu Serca w Klinice Kardiologii (minimalnie 160 godz. w miesiącu, max. 180 godz. w miesiącu) – 1 lekarz specjalista;
* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto**
1. CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii interwencyjnej wraz z wykonywaniem czynności Kierownika Pracowni Hemodynamiki w Klinice Kardiologii (minimalnie 160 godz. w miesiącu, max. 200 godz. w miesiącu) –1 lekarz specjalista;
* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto**
1. CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii wraz z wykonywaniem czynności Kierownika Zakładu Diagnostyki Obrazowej w Klinice Kardiologii (minimalnie 160 godz. w miesiącu, max. 180 godz. w miesiącu) – 1 lekarz specjalista;
* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto**
1. CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii wraz z wykonywaniem czynności Kierownika Kliniki Kardiologii (minimalnie 160 godz. w miesiącu) - 1 lekarz specjalista;
* **stawka miesięczna ryczałtowa brutto …………………. zł**  **za minimum 160 godz. udzielonych w miesiącu świadczeń zdrowotnych.**
1. CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii i wykonywania zabiegów w Pracowni Elektrofizjologii Inwazyjnej wraz z wykonywaniem czynności Kierownika Pracowni Elektrofizjologii Inwazyjnej w Klinice Kardiologii (minimalnie 160 godz. w miesiącu, max. 180 godz. w miesiącu) - 1 lekarz specjalista;
* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto**
1. CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii w ramach wykonywania zabiegów ablacji ( min. ilość procedur 3, max. ilość procedur 15 w miesiącu ) oraz pełnienie dyżurów medycznych w Klinice Kardiologii (minimalnie 40 godz. w miesiącu, max. 80 godz. w miesiącu dyżurów medycznych ) - 1 lekarz specjalista;
* **stawka za 1 procedurę …………………zł brutto - procedura ablacji zarówno 3D,jak
i izolacji żył płucnych**
* **stawka za 1 procedurę …………………zł brutto – procedura inwazyjnego badania elektrofizjologicznego i ablacji RF**
* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto dyżuru**
1. CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii i wykonywania pełnego zakresu zabiegów (diagnostyka i leczenie) w zakresie naczyń wieńcowych, w tym CTO (otwarcie przewlekle zamkniętych tętnic) oraz dyżurowania w ramach 24 godzinnego dyżuru interwencyjnego ostrych zespołów wieńcowych dla miasta Wrocławia w Klinice Kardiologii – (minimalnie 160 godz. w miesiącu, max. 200 godz. w miesiącu) - 2 lekarzy specjalistów;
* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto**
1. CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii i wykonywania pełnego zakresu zabiegów ( diagnostyka i leczenie) w zakresie naczyń wieńcowych, wykonywania zabiegów zamknięcia ubytków w przegrodzie międzyprzedsionkowej, uszek lewego przedsionka oraz dyżurowania w ramach 24 godzinnego dyżuru interwencyjnego ostrych zespołów wieńcowych dla miasta Wrocławia w Klinice Kardiologii (minimalnie 160 godz. w miesiącu, max. 200 godz. w miesiącu) – 1 lekarz specjalista;
* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto**
1. CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii wraz z wykonywaniem czynności Zastępcy Ordynatora Oddziału Intensywnej Opieki Kardiologicznej w Klinice Kardiologii (minimalnie 160 godz. w miesiącu, max. 200 godz. w miesiącu) – 1 lekarz specjalista;
* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto**
1. CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii i wykonywania badań ultrasonograficznych serca i układu naczyniowego w Klinice Kardiologii (minimalnie 160 godz. w miesiącu, max. 180 godz. w miesiącu) – 3 lekarzy specjalistów;
* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto**
1. CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii i wykonywania badań ultrasonograficznych układu naczyniowego, jamy brzusznej i koordynowanie programu KOZ – zawał w Klinice Kardiologii (minimalnie 160 godz. w miesiącu, max. 180 godz. w miesiącu )
- 1 lekarz specjalista;
* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto**
1. CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii i wykonywania zabiegów (diagnostyka i leczenie) w zakresie naczyń wieńcowych i dyżurowania w ramach 24 godzinnego dyżuru interwencyjnego ostrych zespołów wieńcowych dla miasta Wrocławia w Klinice Kardiologii (minimalnie 160 godz. w miesiącu, max. 200 godz. w miesiącu) – 2 lekarzy specjalistów;
* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto**
1. CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii wraz z wykonywaniem czynności Zastępcy Kierownika Klinicznego Oddziału Zaburzeń Rytmu Serca w Klinice Kardiologii (minimalnie 160 godz. w miesiącu, max. 200 godz. w miesiącu ) – 1 lekarz specjalista;
* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto**
1. CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii i wykonywania zabiegów w Pracowni Elektrofizjologii Inwazyjnej w Klinice Kardiologii (minimalnie 160 godz. w miesiącu, max. 200 godz. w miesiącu) – 3 lekarzy specjalistów;
* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto**
1. CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii w ramach dyżurów medycznych pełnionych w Klinice Kardiologii Ośrodka Chorób Serca 4.WSzKzP SPZOZ (minimalnie 40 godz. w miesiącu, max. 90 godz. w miesiącu ) – 4 lekarzy specjalistów;
* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto dyżuru**
1. CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii (konsultant kardiologii) przez lekarza w trakcie specjalizacji w ramach dyżurów medycznych pełnionych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym 4.WSzKzP SPZOZ (minimalnie 40 godz. w miesiącu, max.90 godz. w miesiącu) – 4 lekarzy:
* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto dyżuru**
1. CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii z czynnościami konsultanta w Klinikach i Oddziałach 4.WSKzP SP ZOZ - poza Kliniką Kardiologii (min. 160 godz. w miesiącu, max. 170 godz. w miesiącu) – 1 lekarz specjalista;
* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto**
1. CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii i wykonywania zabiegów inwazyjnych dotyczących chorób strukturalnych mięśnia sercowego w Klinice Kardiologii (max. 20 godz. w miesiącu) – 1 lekarz specjalista;
* **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 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 )