**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 chirurgii ogólnej w ramach dyżurów medycznych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym przez lekarza w trakcie specjalizacji (maksymalnie 200 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 31.05.2021r.**

1. 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 01.06.2019r. do dnia 31.05.2021r.**

1. CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie otolaryngologii i fonoaudiologii w Klinicznym Oddziale Otolaryngologicznym, Poradni Otolaryngologicznej z Gabinetem Zabiegowym i Poradni Audiologicznej (minimalnie 100 godz. w miesiącu, maksymalnie 220 godz. w miesiącu)   
   – 1 lekarz specjalista;

* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto**
* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto dyżuru po telefonem**
* umowa na świadczenia zdrowotne w zakresie ww. zakresie **na okres od 01.06.2019r. do dnia 31.05.2020r.**

1. CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie neurochirurgii w Klinicznym Oddziale Neurochirurgicznym i Poradni Neurochirurgicznej (minimalnie 130 godz. w miesiącu maksymalnie 250 godz. w miesiącu i do 50 godz. w miesiącu dyżurów pod telefonem) - 1 lekarz specjalista;

* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto**
* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto dyżuru po telefonem**
* umowa na świadczenia zdrowotne w zakresie ww. zakresie **na okres od 01.06.2019r. do dnia 31.05.2020r.**

1. CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie dyżurów medycznych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym i Klinicznym Oddziale Okulistycznym przez lekarza w trakcie specjalizacji z okulistyki (minimalnie 40 godz. w miesiącu, maksymalnie 120 godz. w miesiącu) – 3 lekarzy;

* **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 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej, (wykonywania i opisu badań ) i medycyny nuklearnej oraz pełnienia dyżurów medycznych w Ośrodku Diagnostyki Obrazowej ( dyżury medyczne w Zakładzie Radiologii Lekarskiej i Diagnostyki Obrazowej minimalnie 72 godz. w miesiącu, maksymalnie 200 godz. w miesiącu; Zakład Medycyny Nuklearnej minimalnie 36 godz. w miesiącu, maksymalnie 96 godz. w miesiącu) – 1 lekarz specjalista:

* **stawka za 1 godzinę dyżuru** wZakładzie Radiologii Lekarskiej i Diagnostyki Obrazowej **…………………zł brutto**

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

* wykonanie i opis badania TK ………..zł brutto
* wykonanie i opis badania MR ………..zł brutto
* opis badania CR ………..zł brutto
* wykonanie i opis badania USG ………..zł brutto
* **stawka za 1 godzinę** wZakład Medycyny Nuklearnej **…………………zł brutto**

7) 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. 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 )