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 przez technika dializacyjnego w zakresie całodobowej obsługi technicznej i nadzoru nad instalacją uzdatniania wody oraz aparaturą do hemodializy **w Stacji Dializ w Klinice Chorób Wewnętrznych** (min.100godz., max.200 godz. w miesiącu) -1 technik

* stawka za 1 godzinę………………………..zł brutto
* Umowa na okres od dnia **01.01.2020r.** do dnia **30.11.2021r.**

**ZAKRES 2)** CPV 85141200-1 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie czynności zawodowych pielęgniarki w **Klinicznym Oddziale Chorób Wewnętrznych** 4 WSzKzP SPZOZ we Wrocławiu. ( min. 60 godz., max. 160 godz. w miesiącu ) -6 pielęgniarek

* stawka za 1 godzinę………………………..zł brutto
* Umowa na okres od dnia **01.01.2020r.** do dnia **31.01.2021r.**

**ZAKRES 3)** CPV 85141200-1 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie czynności zawodowych pielęgniarki w celu zapewnienia ciągłej opieki pielęgniarskiej i działań instrumentalnych na **Bloku Operacyjnym w Klinice Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu** ( min 60 godz., max.100 godz. w miesiącu) – 1 pielęgniarka;

* stawka za 1 godzinę………………………..zł brutto
* Umowa na okres od dnia **01.01.2020r.** do dnia **31.03.2021r.**

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 :

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 (zwany dalej Szpitalem )
* Dane osobowe przetwarzane są w celu zawarcia i realizacji umowy, w których stroną jest Szpital
* Szpital przetwarza Pani/Pana dane osobowe na podstawie:

art. 6 ust. 1 pkt b) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE

* Administrator danych gwarantuje właściwą ochronę przetwarzanych danych osobowych;
* Posiadam prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania;
* Na terenie Szpitala prowadzony jest całodobowy monitoring wizyjny (bez fonii)
* Administrator danych może prowadzić monitoring wykazu przeglądanych stron internetowych
* 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 i w Dziale Kadr
* Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do zapewnienia właściwej realizacji postępowania konkursowego.

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

 Data i podpis