**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:**

**ZAKRES 1)** CPV 85111100-1 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii ogólnej wraz z wykonywaniem czynności koordynatora pracą Klinicznego Oddziału Chirurgicznego Ogólnego w Klinice Chirurgicznej ( max. 140 godz. w miesiącu w czasie podstawowym, max. 120 godzin w miesiącu dyżuru medycznego) - 1 lekarz specjalista;

* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto w czasie podstawowym**
* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto w czasie dyżuru medycznego**
* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto dyżuru po telefonem**
* **wynagrodzenie za udział w procedurach pobrań i przeszczepów nerek wg.** ustalonego algorytmu zatwierdzonego przez Komendant 4 WSK z P SP ZOZ
* umowa na świadczenia zdrowotne w ww. zakresie **na okres od 01.02.2020r. do dnia 31.01.2021r.**

**ZAKRES 2)** CPV 85111100-1 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii ogólnej wraz z wykonywaniem czynności Zastępcy Kierownika Kliniki Chirurgicznej w Klinice Chirurgicznej ( max. 140 godz. w miesiącu w czasie podstawowym plus dyżury medyczne) - 1 lekarz specjalista;

* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto w czasie podstawowym**
* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto w czasie dyżuru medycznego**
* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto dyżuru po telefonem**
* **wynagrodzenie za udział w procedurach pobrań i przeszczepów nerek wg.** ustalonego algorytmu zatwierdzonego przez Komendant 4 WSK z P SP ZOZ
* umowa na świadczenia zdrowotne w ww. zakresie **na okres od 01.02.2020r. do dnia 31.01.2021r.**

**ZAKRES 3)** CPV 85111100-1 Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę lub lekarza w trakcie specjalizacji w zakresie chirurgii ogólnej oraz przez lekarza specjalistę z chirurgii klatki piersiowej w Klinice Chirurgicznej ( max. 100 godz. w miesiącu w czasie podstawowym, min. 100 godzin w miesiącu dyżuru medycznego) - 1 lekarz;

* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto w czasie podstawowym**
* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto w czasie dyżuru medycznego**
* **wynagrodzenie za udział w procedurach pobrań i przeszczepów nerek wg.** ustalonego algorytmu zatwierdzonego przez Komendant 4 WSK z P SP ZOZ
* umowa na świadczenia zdrowotne w ww. zakresie **na okres od 01.02.2020r. do dnia 31.01.2021r.**

**ZAKRES 4)** CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie neurologii w Klinicznym Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Leczenia Udarów oraz w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym
( max. 150 godz. w miesiącu w czasie podstawowym, 100 godz. w miesiącu dyżuru medycznego) – 2 lekarzy specjalistów;

* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto w czasie podstawowym**
* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto w czasie dyżuru medycznego**
* **stawka za 1 godzinę pracy w Poradni …………………..zł brutto –Program Lekowy SM (30 godzin)**
* **wynagrodzenie** za czynności związanych z pobieraniem narządów od dawcy, u którego stwierdzono zgon wskutek śmierci mózgu lub nieodwracalnego zatrzymania krążenia, czynności związanych z pobieraniem szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej od żywego dawcy oraz ich przechowywaniem, przetwarzaniem, sterylizacją i dystrybucją wypłacane zgodnie z załącznikiem nr 2a do rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 22 marca 2010 r
* umowa na świadczenia zdrowotne w ww. zakresie **na okres od 01.02.2020r. do dnia 31.01.2021r.**

**ZAKRES 5)** CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pełnienia dyżurów neurologicznych w Klinicznym Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Leczenia Udarów oraz w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym ( min. 40 godz. w miesiącu, max. 200 godz.w miesiącu) – 10 lekarzy specjalistów;

* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto**
* **wynagrodzenie** za czynności związanych z pobieraniem narządów od dawcy, u którego stwierdzono zgon wskutek śmierci mózgu lub nieodwracalnego zatrzymania krążenia, czynności związanych z pobieraniem szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej od żywego dawcy oraz ich przechowywaniem, przetwarzaniem, sterylizacją i dystrybucją wypłacane zgodnie z załącznikiem nr 2a do rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 22 marca 2010 r.
* umowa na świadczenia zdrowotne w ww. zakresie **na okres od 01.02.2020r. do dnia 31.01.2021r.**

**ZAKRES 6)** CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pełnienia dyżurów neurologicznych w Klinicznym Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Leczenia Udarów oraz w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym ( min. 40 godz. w miesiącu, max. 200 godz.w miesiacu) – 1 lekarz;

* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto**
* **wynagrodzenie** za czynności związanych z pobieraniem narządów od dawcy, u którego stwierdzono zgon wskutek śmierci mózgu lub nieodwracalnego zatrzymania krążenia, czynności związanych z pobieraniem szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej od żywego dawcy oraz ich przechowywaniem, przetwarzaniem, sterylizacją i dystrybucją wypłacane zgodnie z załącznikiem nr 2a do rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 22 marca 2010 r.
* umowa na świadczenia zdrowotne w ww. zakresie **na okres od 01.02.2020r. do dnia 31.01.2021r.**

**ZAKRES 7)** CPV 85121200-5 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii w Klinicznym Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii i Oddziałach 4 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SP ZOZ ( 140 godz. + 40 godz. puli rezerwowej w miesiącu w czasie pozadyżurowym, plus dyżury medyczne) – 1 lekarz specjalista;

* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto w czasie pozadyżurowym**
* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto w czasie dyżuru medycznego**
* umowa na świadczenia zdrowotne w ww. zakresie **na okres od 01.02.2020r. do dnia 31.01.2021r.**

**ZAKRES 8)** CPV 85121200-5 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii w Klinicznym Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii i Oddziałach 4 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SP ZOZ ( 140 godz.+40 godz. puli rezerwowej w miesiącu w czasie pozadyżurowym, plus dyżury medyczne) – 1 lekarz specjalista;

* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto w czasie pozadyżurowym**
* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto w czasie dyżuru medycznego**
* umowa na świadczenia zdrowotne w ww. zakresie **na okres od 01.02.2020r. do dnia 31.01.2021r.**

**ZAKRES 9)** CPV 85121200-5 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii w Klinicznym Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii i Oddziałach 4 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SP ZOZ oraz w Poradni Anestezjologicznej( 120 godz.+40 godz. puli rezerwowej w miesiącu w czasie pozadyżurowym, plus dyżury medyczne) – 4 lekarzy specjalistów;

* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto w czasie pozadyżurowym**
* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto w czasie dyżuru medycznego**
* **stawka za 1 godzinę pracy w Poradni Anestezjologicznej…………………..zł brutto**
* **wynagrodzenie za udział w procedurach pobrań i przeszczepów nerek wg.** ustalonego algorytmu zatwierdzonego przez Komendant 4 WSK z P SP ZOZ
* **wynagrodzenie** za czynności związanych z pobieraniem narządów od dawcy, u którego stwierdzono zgon wskutek śmierci mózgu lub nieodwracalnego zatrzymania krążenia, czynności związanych z pobieraniem szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej od żywego dawcy oraz ich przechowywaniem, przetwarzaniem, sterylizacją i dystrybucją wypłacane zgodnie z załącznikiem nr 2a do rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 22 marca 2010 r.
* umowa na świadczenia zdrowotne w ww. zakresie **na okres od 01.02.2020r. do dnia 31.01.2021r.**

**ZAKRES 10)** CPV 85121200-5 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii w Klinicznym Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii i Oddziałach 4 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SP ZOZ oraz w Poradni Anestezjologicznej ( 100 godz. w miesiącu w czasie pozadyżurowym, plus dyżury medyczne) – 1 lekarz specjalista lub lekarz w trakcie specjalizacji

* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto w czasie pozadyżurowym**
* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto w czasie dyżuru medycznego**
* **stawka za 1 godzinę pracy w Poradni Anestezjologicznej…………………..zł brutto**
* **wynagrodzenie** za czynności związanych z pobieraniem narządów od dawcy, u którego stwierdzono zgon wskutek śmierci mózgu lub nieodwracalnego zatrzymania krążenia, czynności związanych z pobieraniem szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej od żywego dawcy oraz ich przechowywaniem, przetwarzaniem, sterylizacją i dystrybucją wypłacane zgodnie z załącznikiem nr 2a do rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 22 marca 2010 r.
* umowa na świadczenia zdrowotne w ww. zakresie **na okres od 01.02.2020r. do dnia 31.01.2021r.**

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 )