**Załącznik nr 1**

**Oferta na przyjęcie obowiązków w zakresie**

**udzielania świadczeń zdrowotnych**

Pełna nazwa Oferenta (zgodnie z CEIDG):

…………………….......................................................................................................................................

Numer księgi rejestrowej właściwej Izby – jeżeli dotyczy:

……….....................................................................................................................................................

Regon:

……………...............................................................................................................................................

NIP:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Pesel:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adres praktyki :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…...

Telefon:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

E-mail:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**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:

**Zakres 1)** CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżurów medycznych przez lekarza w trakcie specjalizacji w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym 4 WSzKzP SPZOZ ( minimalnie 48 godzin, maksymalnie 200 godz. w miesiącu )-odcinek internistyczny– 1 lekarz

* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto w ramach dyżuru**

Umowa na świadczenia zdrowotne w ww. zakresie na okres **od 01.05.2020r. do 30.04.2022r.**

**Zakres 2)** CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżurów medycznych w Stacji Dializ w Klinice Chorób Wewnętrznych 4 WSzKzP SPZOZ ( minimalnie 24 godzin, maksymalnie 160 godz. w miesiącu )– 1 lekarz specjalista z chorób wewnętrznych i gastroenterologii

* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto w ramach dyżuru**
* **wynagrodzenie za udział w procedurach pobrań i przeszczepów wg.** ustalonego algorytmu zatwierdzonego przez Komendanta 4 WSK z P SP ZOZ

Umowa na świadczenia zdrowotne w ww. zakresie na okres **od 01.05.2020r. do 31.05.2021r.**

**Zakres 3)** CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżurów medycznych w Stacji Dializ w Klinice Chorób Wewnętrznych 4 WSzKzP SPZOZ ( minimalnie 24 godzin, maksymalnie 160 godz. w miesiącu )– 1 lekarz specjalista z chorób wewnętrznych

* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto w ramach dyżuru**
* **wynagrodzenie za udział w procedurach pobrań i przeszczepów wg.** ustalonego algorytmu zatwierdzonego przez Komendanta 4 WSK z P SP ZOZ

Umowa na świadczenia zdrowotne w ww. zakresie na okres **od 01.05.2020r. do 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 .

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 )