**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, doktorat, prof.):

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

**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 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii ogólnej / ortopedii i traumatologii narządu ruchu w ramach dyżurów medycznych w SOR (w tym dyżur łączony) (**min. 48 h w miesiącu, max. 200 h w miesiącu**) - **5 lekarzy specjalistów (w tym 3 lekarzy specjalistów w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, 2 lekarzy specjalistów w zakresie chirurgii ogólnej)**;

* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto w ramach dyżuru**
* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto jako kierownik dyżuru SOR**
* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto łączonego dyżuru chirurga SOR**

umowa na świadczenia zdrowotne ww. zakresie **na okres** od dnia **01.05.2021r**. do dnia **30.04.2022r.**

**ZAKRES 2)** CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżurów medycznych w części zachowawczej SOR (**min. 48 h w miesiącu, max. 200 h w miesiącu**) - **1 lekarz specjalista**;

* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto w ramach dyżuru**
* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto jako kierownik dyżuru SOR**

umowa na świadczenia zdrowotne ww. zakresie **na okres** od dnia **01.05.2021r**. do dnia **30.04.2022r.**

**ZAKRES 3)** CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżurów medycznych w SOR ( w tym
dyżur łączony) - odcinek internistyczny (**min. 48 h w miesiącu, max. 200 h w miesiącu**) - **1 lekarz specjalista**;

* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto w ramach dyżuru**
* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto jako kierownik dyżuru SOR**
* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto łączonego dyżuru internisty SOR**

 umowa na świadczenia zdrowotne ww. zakresie **na okres** od dnia **01.05.2021r**. do dnia **30.04.2022r.**

**ZAKRES 4)** CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii w Klinicznym Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii-II, Klinice Kardiochirurgii i Klinice Kardiologii (**max. 260 h w miesiącu**) – **1 lekarz specjalista**;

* **stawka za 1 godzinę pracy …………………zł brutto**
* **stawka za 1 godzinę …………………….. zł brutto w ramach dyżuru pod telefonem**

 umowa na świadczenia zdrowotne ww. zakresie **na okres** od dnia **01.05.2021r**. do dnia **31.05.2022r.**

**ZAKRES 5)** CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie urologii w ramach dyżurów medycznych w Klinicznym Oddziale Urologicznym (**min. 16,25 h, max. 100 h w miesiącu**) – **1 lekarz specjalista**;

* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto**
* **stawka ………………………………….zł brutto za dyżur w Klinicznym Oddziale Ginekologicznym**

 umowa na świadczenia zdrowotne ww. zakresie **na okres** od dnia **01.05.2021r**. do dnia **30.04.2022r.**

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 29 kwietnia 2019r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019r. poz. 866 z późn.zm.);
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 (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

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

 Data ( pieczątka i podpis )