**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 (jeżeli dotyczy) …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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:**

Umowy na świadczenia zdrowotne w niżej wyszczególnionych zakresach zostaną podpisane

**na okres od 01.07.2021r. do dnia 30.06.2024r.**

**Zakres 1)** CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie medycyny nuklearnej w Zakładzie Medycyny Nuklearnej (godz. pracy wg harmonogramu) - 1 lekarz specjalista;

* **stawka miesięczna ryczałtowa brutto ……………………………**
* dodatkowe wynagrodzenie naliczane od zysku (bez ponadlimitu) osiągniętego przez Zakład Medycyny Nuklearnej w kwartale (kalendarzowym) na podstawie rozliczenia za kwartał, sporządzonego przez Pion Głównego Księgowego. Wysokość przysługującego wynagrodzenia dodatkowego wyniesie **od** **……….% do ………%** wyżej wymienionego zysku. Wysokość wynagrodzenia będzie ustalana przez Kierownika Zakładu, niezwłocznie po otrzymaniu rozliczenia z Pionu Głównego Księgowego, za miesiąc kończący kwartał i wypłacana na podstawie odrębnej faktury.

**Zakres 2)** CPV 85140000-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie fizyki medycznej w Zakładzie Medycyny Nuklearnej (godz. pracy wg harmonogramu) - 1 fizyk medyczny;

* **stawka miesięczna ryczałtowa brutto ……………………………**
* dodatkowe wynagrodzenie naliczane od zysku (bez ponadlimitu) osiągniętego przez Zakład Medycyny Nuklearnej w kwartale (kalendarzowym) na podstawie rozliczenia za kwartał, sporządzonego przez Pion Głównego Księgowego. Wysokość przysługującego wynagrodzenia dodatkowego wyniesie **od** **……….% do ………%** wyżej wymienionego zysku. Wysokość wynagrodzenia będzie ustalana przez Kierownika Zakładu, niezwłocznie po otrzymaniu rozliczenia z Pionu Głównego Księgowego, za miesiąc kończący kwartał i wypłacana na podstawie odrębnej faktury.

**Zakres 3)** CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie medycyny nuklearnej wraz z wykonywaniem czynności Koordynatora - Konsultanta w Zakładzie Medycyny Nuklearnej (godz. pracy wg harmonogramu)– 1 lekarz specjalista

* **stawka miesięczna ryczałtowa brutto ……………………………**
* dodatkowe wynagrodzenie naliczane od zysku (bez ponadlimitu) osiągniętego przez Zakład Medycyny Nuklearnej w kwartale (kalendarzowym) na podstawie rozliczenia za kwartał, sporządzonego przez Pion Głównego Księgowego. Wysokość przysługującego wynagrodzenia dodatkowego wyniesie **………….%** wyżej wymienionego zysku. Wysokość wynagrodzenia będzie ustalana przez Kierownika Zakładu, niezwłocznie po otrzymaniu rozliczenia z Pionu Głównego Księgowego, za miesiąc kończący kwartał i wypłacana na podstawie odrębnej faktury.

**Zakres 4)** CPV 85141200-1 Wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie czynności zawodowych pielęgniarki w Zakładzie Medycyny Nuklearnej (godz. pracy wg harmonogramu) - 3 pielęgniarki:

* **stawka miesięczna ryczałtowa brutto ……………………………**
* dodatkowe wynagrodzenie naliczane od zysku (bez ponadlimitu) osiągniętego przez Zakład Medycyny Nuklearnej w kwartale (kalendarzowym) na podstawie rozliczenia za kwartał, sporządzonego przez Pion Głównego Księgowego. Wysokość przysługującego wynagrodzenia dodatkowego wyniesie **od** **……….% do ………%** wyżej wymienionego zysku. Wysokość wynagrodzenia będzie ustalana przez Kierownika Zakładu, niezwłocznie po otrzymaniu rozliczenia z Pionu Głównego Księgowego, za miesiąc kończący kwartał i wypłacana na podstawie odrębnej faktury.
* dodatkowego wynagrodzenia wynikającego z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 08.09.2015r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej ( Dz.U. z 2016r. poz. 1146 z późn. zm. ) w wysokości odpowiadającej równoważnikowi pełnego etatu.

**Zakres 5)** CPV 85141000-9 Wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie czynności zawodowych technika elektroradiologii w Zakładzie Medycyny Nuklearnej (godz. pracy wg harmonogramu)   
– 3 techników elektroradiologii:

* **stawka miesięczna ryczałtowa brutto ……………………………**
* dodatkowe wynagrodzenie naliczane od zysku (bez ponadlimitu) osiągniętego przez Zakład Medycyny Nuklearnej w kwartale (kalendarzowym) na podstawie rozliczenia za kwartał, sporządzonego przez Pion Głównego Księgowego. Wysokość przysługującego wynagrodzenia dodatkowego wyniesie **od** **……….% do ………%** wyżej wymienionego zysku. Wysokość wynagrodzenia będzie ustalana przez Kierownika Zakładu, niezwłocznie po otrzymaniu rozliczenia z Pionu Głównego Księgowego, za miesiąc kończący kwartał i wypłacana na podstawie odrębnej faktury.

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 oraz aktualne szkolenia z zakresu BHP i zobowiązuję się do okazania ich 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

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

datta ( pieczątka i podpis )