**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:

**Zakres 1-5:** Umowa na świadczenia zdrowotne w ww. zakresie na okres od dnia **01.10.2022r.** do dnia **30.09.2023r.**

**ZAKRES 1)** CPV 85111100-1 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii ogólnej w ramach

dyżurów medycznych w Klinice Chirurgicznej przez lekarza w trakcie specjalizacji **(min. 48 godz., max.**

**120 godz. w miesiącu dyżurów medycznych)** - **1 lekarz w trakcie specjalizacji:**

* **stawka za 1 godzinę dyżuru medycznego …………………. zł brutto**
* **wynagrodzenie za udział w procedurach pobrań i przeszczepów wg. ustalonego algorytmu zatwierdzonego przez Komendanta 4 WSK z P SP ZOZ (do wglądu w Dziale Kadr)**

**ZAKRES 2)** CPV 85111100-1 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii transplantacyjnej i ogólnej wraz z wykonywaniem czynności Kierownika Klinicznego Oddziału Chirurgii transplantacyjnej w Klinice Chirurgicznej oraz praca w Poradni Chirurgii Transplantacyjnej **(min. 150 godz., max. 200 godz. pozadyżurowych w miesiącu, dyżury medyczne, dyżury pod telefonem)** – **1 lekarz specjalista:**

* **…………..zł brutto za 1 godzinę pozadyżurową**
* **…………..zł brutto za 1 godzinę dyżuru medycznego**
* **…………..zł brutto za 1 godzinę dyżuru pod telefonem**
* **…………..zł brutto za 1 godzinę pracy w Poradni Chirurgii Transplantacyjnej**
* **wynagrodzenie za udział w procedurach pobrań i przeszczepów wg. ustalonego algorytmu zatwierdzonego przez Komendant 4 WSK z P SP ZOZ (do wglądu w Dziale Kadr)**

**ZAKRES 3)** CPV 85121200-5 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie transplantologii klinicznej i nefrologii w Klinicznym Oddziale Chirurgii Transplantacyjnej oraz praca w Poradni Chirurgii Transplantacyjnej **(min. 60 godz., max. 160 godz. w miesiącu)** – **1 lekarz specjalista:**

* **……………. zł brutto-stawka ryczałtowa**
* **wynagrodzenie za udział w procedurach pobrań i przeszczepów wg. ustalonego algorytmu zatwierdzonego przez Komendant 4 WSK z P SP ZOZ (do wglądu w Dziale Kadr)**

**ZAKRES 4)** CPV 85111100-1 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii ogólnej, naczyniowej i transplantologii klinicznej w Klinicznym Oddziale Chirurgii Transplantacyjnej oraz praca w Poradni Chirurgii Transplantacyjnej **(min. 160 godz., max. 250 godz. w miesiącu)** – **1 lekarz specjalista:**

* **…………..zł brutto za 1 godzinę**
* **…………..zł brutto za 1 godzinę pracy w Poradni Chirurgii Transplantacyjnej**
* **…………..zł brutto za 1 godzinę dyżuru pod telefonem**
* **wynagrodzenie za udział w procedurach pobrań i przeszczepów wg. ustalonego algorytmu zatwierdzonego przez Komendant 4 WSK z P SP ZOZ (do wglądu w Dziale Kadr)**

**ZAKRES 5)** CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie transplantologii klinicznej i chorób zakaźnych w Klinicznym Oddziale Chirurgii Transplantacyjnej, praca w Poradni Chirurgii Transplantacyjnej oraz w zakresie zabezpieczenia funkcjonowania Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych **(min. 60 godz., max. 180 godz. w miesiącu)** – **1 lekarz specjalista:**

* **…………. zł brutto stawka za 1 godzinę**
* **…………. zł brutto stawka za 1 godzinę pracy w Poradni Chirurgii Transplantacyjnej**
* **……………… zł brutto za zabezpieczenia funkcjonowania Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych 4.WSzKzP SPZOZ Przyjmującemu Zamówienie przysługuje miesięczne wynagrodzenie w wysokości**
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 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

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

 data ( pieczątka i podpis )