**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 )

**Umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych** zostaną zawarte na okres:

**zakres 1,2,3,4 od dnia 01.10.2022r. do dnia 31.10.2023r.**

Za realizację zamówienia oczekuję należności wg następującej kalkulacji:

**Zakres 1)** CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej wraz z wykonywaniem czynności zawodowych Kierownika Pracowni Nieinwazyjnych Badań Obrazowych Układu Krążenia w Ośrodku Diagnostyki Obrazowej i pełnienia dyżurów medycznych w Zakładzie Radiologii Lekarskiej i Diagnostyki Obrazowej (min. 72 godz. w miesiącu, maksymalnie   
125 godz. w miesiącu dyżurów medycznych) – 1 lekarz specjalista:

1) Pełnienie dyżurów medycznych (nadzór nad badaniami w godzinach 14.35-07.00) – **............. zł brutto/za 1 godzinę**

2) Pełnienie nadzoru nad badaniami ostrodyżurowymi w siedzibie udzielającego zamówienie

w dni powszednie w godzinach 7.00 -14.35 poza dyżurami medycznymi - **........................ zł brutto/za 1 godzinę**

1. Opis wszystkich zleconych i wykonanych badań diagnostycznych ( planowanych oraz dyżurowych) MR, TK, CR wg zapotrzebowania Zakładu, zgodnie z wyszczególnionymi poniżej stawkami i harmonogramem pracy Zakładu:
2. TK serca -**.................. zł brutto**
3. TK klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy w procedurze kwalifikacyjnej do zabiegi   
   TAVI-**.................. zł brutto**
4. TK angiografia - **.................. zł brutto**
5. MR serca -**.................. zł brutto**
6. MR serca z ilościową oceną T1 i T2- mapping - **.................. zł brutto**
7. MR angiografia - **.................. zł brutto**
8. Konsultacja wyniku TK/MR serca i naczyń – **............%** stawki za opis
9. Konsultacja wyniku TK/MR opisanego przez lekarza w trakcie specjalizacji:

* TK - **.................. zł brutto**
* MR – **.................. zł brutto**

1. pozostałe TK (poza wymienionymi powyżej) - **.................. zł brutto**
2. pozostałe MR (poza wymienionymi powyżej)– **.................. zł brutto**

**Zakres 2)** CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej wraz z wykonywaniem czynności zawodowych Kierownika Pracowni Tomografii Komputerowej i pełnienia dyżurów medycznych w Zakładzie Radiologii Lekarskiej i Diagnostyki Obrazowej (maksymalnie 200 godz. w miesiącu dyżurów medycznych) – 1 lekarz specjalista:

1. Pełnienie dyżurów medycznych (nadzór nad badaniami w godzinach 14.35-07.00) – **........... zł brutto/za 1 godzinę**
2. Pełnienie nadzoru nad badaniami ostrodyżurowymi w siedzibie udzielającego zamówienie

w dni powszednie w godzinach 7.00 -14.35 poza dyżurami medycznymi - **..................... zł brutto/za 1 godzinę**

1. Stawka ryczałtowa **za 1 miesiąc** **.............. zł brutto** za pełnienie czynności zawodowych Kierownika Pracowni Tomografii Komputerowej.
2. Opis wszystkich zleconych i wykonanych badań diagnostycznych ( planowanych oraz dyżurowych) MR, TK, CR wg zapotrzebowania Zakładu, zgodnie z wyszczególnionymi poniżej stawkami   
   i harmonogramem pracy Zakładu:
3. wykonanie i opis badania TK – .................. zł brutto
4. wykonanie i opis badania MR – .................. zł brutto
5. wykonanie i opis badania TK w protokole Onco Raports – .................. zł brutto
6. wykonanie i opis badania MR w protokole Onco Raports – .................. zł brutto
7. opis badania CR – .................. zł brutto
8. konsultacja i opis badania TK – .................. zł brutto
9. konsultacja i opis badania MR – .................. zł brutto
10. wykonanie i opis badania TK w programie profilaktyki raka płuc – .............. zł brutto

**Zakres 3)** CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej (wykonywania i opisu badań diagnostycznych TK, MR, CR ), pełnienia dyżurów medycznych w Zakładzie Radiologii Lekarskiej i Diagnostyki Obrazowej (maksymalnie 200 godz. w miesiącu dyżurów medycznych) – 7 lekarzy specjalistów:

1) Pełnienie dyżurów medycznych (nadzór nad badaniami w godzinach 14.35-07.00) – **............ zł brutto/za 1 godzinę**

2) Pełnienie nadzoru nad badaniami ostrodyżurowymi w siedzibie udzielającego zamówienie

w dni powszednie w godzinach 7.00 -14.35 poza dyżurami medycznymi - **...................... zł brutto/za 1 godzinę**

1. Opis wszystkich zleconych i wykonanych badań diagnostycznych ( planowanych oraz dyżurowych) MR, TK, CR wg zapotrzebowania Zakładu, zgodnie z wyszczególnionymi poniżej stawkami i harmonogramem pracy Zakładu:

a) wykonanie i opis badania TK – .................. zł brutto

b) wykonanie i opis badania MR – .................. zł brutto

c) wykonanie i opis badania TK w protokole Onco Raports – .................. zł brutto

d) wykonanie i opis badania MR w protokole Onco Raports – .................. zł brutto

e) opis badania CR – .................. zł brutto

f) konsultacja i opis badania TK – .................. zł brutto

g) konsultacja i opis badania MR – .................. zł brutto

h) wykonanie i opis badania TK w programie profilaktyki raka płuc – .............. zł brutto

**Zakres 4)** CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej, (wykonywania i opisu badań diagnostycznych TK, MR, CR) i medycyny nuklearnej oraz pełnienia dyżurów medycznych w Ośrodku Diagnostyki Obrazowej (dyżury medyczne w Zakładzie Radiologii Lekarskiej i Diagnostyki Obrazowej minimalnie 60 godz. w miesiącu, maksymalnie 200 godz. w miesiącu; Zakład Medycyny Nuklearnej minimalnie 36 godz. pozadyżurowych w miesiącu, maksymalnie   
96 godz. pozadyżurowych w miesiącu) – 1 lekarz specjalista:

1. Pełnienie dyżurów medycznych (nadzór nad badaniami w godzinach 14.35-07.00) w Zakładzie Radiologii Lekarskiej i Diagnostyki Obrazowej – **........... zł brutto/za 1 godzinę**
2. Pełnienie nadzoru nad badaniami ostrodyżurowymi w siedzibie udzielającego zamówienie

w dni powszednie w godzinach 7.00 -14.35 poza dyżurami medycznymi w Zakładzie Radiologii Lekarskiej i Diagnostyki Obrazowej - **........... zł brutto/za 1 godzinę**

1. Opis wszystkich zleconych i wykonanych badań diagnostycznych ( planowanych oraz dyżurowych) MR, TK, CR wg zapotrzebowania Zakładu, zgodnie z wyszczególnionymi poniżej stawkami i harmonogramem pracy Zakładu:

a) wykonanie i opis badania TK – .................. zł brutto

b) wykonanie i opis badania MR – .................. zł brutto

c) wykonanie i opis badania TK w protokole Onco Raports – .................. zł brutto

d) wykonanie i opis badania MR w protokole Onco Raports – .................. zł brutto

e) opis badania CR – .................. zł brutto

f) konsultacja i opis badania TK – .................. zł brutto

g) konsultacja i opis badania MR – .................. zł brutto

h) wykonanie i opis badania TK w programie profilaktyki raka płuc –........ zł brutto

1. stawka za 1 godzinę pozadyżurową w Zakład Medycyny Nuklearnej **............... zł brutto**
2. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach uzgodnionych z Udzielającym zamówienia.
3. 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.);
4. Oświadczam, że posiadam aktualne badania profilaktyczne.
5. **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.**
6. Oświadczam, że posiadam uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych.
7. Oświadczam, że w ramach prowadzonej praktyki świadczę usługi dla ludności i samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.
8. 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 )