**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:

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

*(Informacja dotycząca zmiany adresu w przypadku, kontynuacji udzielania świadczeń dla Udzielającego zamówienie: adres uległ zmianie TAK, NIE (właściwe zakreślić))*

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 od dnia 01.11.2022r. do dnia 31.10.2024r.**

**zakres 2 od dnia 01.11.2022r. do dnia 31.10.2024r.**

**zakres 3 od dnia 01.11.2022r. do dnia 31.10.2024r.**

**zakres 4 od dnia 01.11.2022r. do dnia 31.10.2023r.**

**zakres 5 od dnia 01.11.2022r. do dnia 31.10.2023r.**

Za realizację zamówienia oczekuję należności wg następującej kalkulacji:

**Zakres 1)** CPV 85111200-2 CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii ogólnej w ramach dyżurów medycznych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (min. 48 godz. w miesiącu, max. 200 godz. w miesiącu) – 1 lekarz;

1) stawka za 1 godzinę w ramach dyżuru medycznego **................. zł brutto**

2) stawka za 1 godzinę w ramach dyżuru medycznego jako Kierownik dyżuru SOR **................ zł brutto**

**Zakres 2)** CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie otolaryngologii w Poradni Otolaryngologicznej w Poliklinice 4.WSzKzP SPZOZ (minimalnie 48 godz. w miesiącu, maksymalnie 90 godz. w miesiącu) – 1 lekarz specjalista

1. stawka za 1 badanie otolaryngologiczne na potrzeby RWKL **.................... zł brutto**
2. stawka za 1 godzinę pracy w Poradni Otolaryngologicznej **................ zł brutto**

**Zakres 3)** CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie otolaryngologii w Klinicznym Oddziale Otolaryngologicznym i Poradni Otolaryngologicznej w Poliklinice 4.WSzKzP SPZOZ (minimalnie 50 godz. w miesiącu, maksymalnie 85 godz. w miesiącu) – 1 lekarz specjalista:

1. stawka za 1 godzinę pozadyżurową **................. zł brutto**
2. stawka za 1 godzinę pracy w Poradni Otolaryngologicznej **................ zł brutto**
3. stawka za 1 badanie otolaryngologiczne na potrzeby RWKL (lekarskie komisje wojskowe) **................. zł brutto**

**Zakres 4)** CPV 85111200-2 CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżurów przez lekarza w trakcie specjalizacji z zakresu chorób wewnętrznych w Klinice Chorób Wewnętrznych (min. 16 godz., max 120 godz. dyżurów medycznych w miesiącu) – 1 lekarz w trakcie specjalizacji:

1. stawka za 1 godzinę w ramach dyżuru medycznego **................. zł brutto**

**Zakres 5)** CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie neurologii wraz z wykonywaniem czynności Kierownika Klinicznego Oddziału Neurologicznego z Pododdziałem Udarów Mózgu (minimalnie 160 godz. w miesiącu, maksymalnie 250 godz. w miesiącu ) – 1 lekarz specjalista;

1. stawka za 1 godzinę pozadyżurową **................. zł brutto**
2. stawka za 1 badanie na potrzeby RWKL (lekarskie komisje wojskowe) **.................... zł brutto**
3. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach uzgodnionych z Udzielającym zamówienia.
4. 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.);
5. Oświadczam, że posiadam aktualne badania profilaktyczne.
6. **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.**
7. Oświadczam, że posiadam uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych.
8. Oświadczam, że w ramach prowadzonej praktyki świadczę usługi dla ludności i samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.
9. 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 )