**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 )

Za realizację zamówienia oczekuję należności wg następującej kalkulacji:

**ZAKRES 1)** CPV 85121270-6 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrii w Poradni Zdrowia

Psychicznego w Poliklinice 4.WSzKzP SPZOZ **(max. 70 godz. w miesiącu)** – **1 lekarz specjalista:**

* **…….…...% wartości wykonywanych usług wycenionych przez NFZ**
* **………...zł brutto za wykonanie 1 konsultacji zleconej w ramach zawartych umów w zakresie Poradni Zdrowia Psychicznego**

**ZAKRES 2)** CPV 85121282-3 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie dermatologii i wenerologii w Poradni Dermatologiczno – Wenerologicznej w Poliklinice 4.WSzKzP SPZOZ **(ok. 60 godzin w miesiącu)**   
– **3 lekarzy specjalistów:**

* **……..…. % iloczynu wykonanych świadczeń oraz ich wartości wycenionych przez NFZ**
* **………...zł brutto za wykonanie 1 konsultacji zleconej w ramach zawartych umów w zakresie Poradni Dermatologiczno-Wenerologiczej**

**ZAKRES 3)** CPV 85000000-9 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej - pediatria w Przychodni POZ 4 WSzKzP SPZOZ we Wrocławiu ul. Róży Wiatrów 11B

**(min. 30 godz. w miesiącu, max. 130 godz. w miesiącu )**  **– 1 lekarz:**

* **stawka za 1 godzinę ………….. zł brutto**

**ZAKRES 4)** CPV 85000000-9 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej wraz z wykonywaniem czynności koordynatora Przychodni POZ 4WSzKzP SP ZOZ we Wrocławiu (**ok. 160-200 godz. w miesiącu** ) **– 1 lekarz:**

* **stawka za 1 godzinę ………….. zł brutto**

**ZAKRES 5)** CPV 85000000-9 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie Lekarza Podstawowej Opieki zdrowotnej w Przychodni POZ 4 WSzKzP SP ZOZ we Wrocławiu, ul. R. Weigla 5 **(min. 160 godz., maks. 200 godz. w miesiącu) – 1 lekarz:**

* **stawka za 1 godzinę ………….. zł brutto**

**ZAKRES 6)** CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie otolaryngologii i fonoaudiologii w Poradni Audiologicznej **(min. 20 godz. - max. 50 godz. pozadyżurowych w miesiącu)** – **1 lekarz specjalista:**

**• stawka za 1 godzinę pracy w Poradni Audiologicznej …………………zł brutto**

**• stawka za 1 badanie otolaryngologiczne na potrzeby RWKL …………………zł brutto**

**ZAKRES 7)** CPV 85000000-9 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w Przychodni POZ przy Akademii Wojsk Lądowych we Wrocławiu,   
ul. Czajkowskiego 109  **(min. 40 godz. w miesiącu)** – **1 lekarz:**

**• ……………% z ½ przychodu z NFZ przypadający na miesięczny okres rozliczeniowy**

Umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych zostanie zawarta na okres:

**ZAKRES 1 - 7** od dnia **01.04.2023r.** do dnia **31.03.2025r.**

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 )