**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 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie neurologii w Klinicznym Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Leczenia Udarów Mózgu oraz Poradni Neurologicznej (min. 48 godz., max. 220 godz. dyżurów medycznych w miesiącu, max. 48 godz. pozadyżurowych w Poradni Neurologiczna) – 1 lekarz specjalista:

1. stawka **za 1 godzinę dyżuru medycznego** ............. zł brutto
2. stawka **za 1 godzinę pozadyżurową w Poradni Neurologicznej** (program lekowy SM)............ zł brutto
3. wynagrodzenie za udział w czynnościach związanych z diagnostyką, stwierdzeniem śmierci mózgu oraz pobraniem narządów wypłacane na podstawie załącznika nr 2 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2020 r. tabela A i wynagrodzenie za udział w procedurach pobrań i przeszczepów wypłacane zgodnie z algorytmem aktualnie zatwierdzonym przez Komendanta 4. WSzKzP SP ZOZ.

**ZAKRES 2)** CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie neurologii w ramach pełnienia dyżurów medycznych w Klinicznym Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Leczenia Udarów Mózgu (min 48 godz., max. 220 godz dyżurów medycznych w miesiącu) – 1 lekarz specjalista:

1. stawka **za 1 godzinę dyżuru medycznego** ................... zł brutto
2. wynagrodzenie za udział w czynnościach związanych z diagnostyką, stwierdzeniem śmierci mózgu oraz pobraniem narządów wypłacane na podstawie załącznika nr 2 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2020 r. tabela A i wynagrodzenie za udział w procedurach pobrań i przeszczepów wypłacane zgodnie z algorytmem aktualnie zatwierdzonym przez Komendanta 4. WSzKzP SP ZOZ.

**ZAKRES 3)** CPV 85111500-5 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrii w Klinicznym Oddziale Psychiatrycznym i Leczenia Stresu Bojowego w ramach dyżurów medycznych (min. 33 godz. w miesiącu, max 170 godz. dyżuru medycznego w miesiącu) - 1 lekarz:

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

**ZAKRES 4)** CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej w ramach pełnienia dyżurów medycznych (minimalnie 32 godz. w miesiącu, maksymalnie 200 godz. dyżurów medycznych w miesiącu) przez lekarza w trakcie specjalizacji – 2 lekarzy:

1) Pełnienie dyżurów medycznych (nadzór nad badaniami) oraz opis dyżurowych badań CR – **............. zł brutto/za 1 godzinę**

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

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

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

c) opis badania CR poza godzinami dyżurowymi – **.......... zł brutto**

3)Jednostkowy dodatek kwartalny maksymalnie do 2% dochodu Zakładu (bez nadlimitów) wg wskazań Kierownika Zakładu, po akceptacji Zastępcy Komendanta Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych (sumaryczna wartość dodatku nie może przekraczać 40% dochodu Zakładu).

Umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych zostanie zawarta na okres:

**zakres 1 od dnia 01.04.2023r. do dnia 31.01.2024r.**

**zakres 2 od dnia 01.04.2023r. do dnia 31.01.2024r.**

**zakres 3 od dnia 01.04.2023r. do dnia 31.03.2024r.**

**zakres 4 od dnia 01.04.2023r. do dnia 31.03.2024r.**

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 )