Załącznik Nr 1

**Oferta na przyjęcie obowiązków w zakresie**

**udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach umowy zlecenia**

Pełna nazwa Oferenta:

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

Pesel:

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

Adres zamieszkania:

(dzielnica/gmina)………………………………………………………………………………………………………………………………

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

Telefon:

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

E-mail:

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

Nr prawa wykonywania zawodu i data jego uzyskania:

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

Kwalifikacje zawodowe (posiadane specjalizacje, stopień specjalizacji i data uzyskania specjalizacji):

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

Niniejszym składam ofertę na przejęcie obowiązków w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w

**4 WSzKzP SP ZOZ**

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.

**Termin rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych i czas zawarcia umowy:**

**Zakres 1** od dnia **01.08.2023r.** do dnia **31.07.2024r.**

**Zakres 2** od dnia **01.08.2023r.** do dnia **30.06.2026r.**

**Zakres 3** od dnia **01.08.2023r.** do dnia **31.07.2025r.**

**Za realizację zamówienia oczekuję należności wg następującej kalkulacji:**

**ZAKRES 1)** CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżurów przez lekarza w trakcie specjalizacji z zakresu psychiatrii w Klinicznym Oddziale Psychiatrycznym i Leczenia Stresu Bojowego w 4WSzKzP SPZOZ (min. 33 godz., max 110 godz. w miesiącu) – 1 lekarz w trakcie specjalizacji

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

**ZAKRES 2)** Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w trakcie specjalizacji z okulistyki **w** Klinice Okulistyki oraz w SOR w 4 WSzKzP SPZOZ -(min 32 godz. w miesiącu, max. 120 godz. w miesiącu);-1 lekarz w trakcie specjalizacji.

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

**ZAKRES 3)** CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pełnienia dyżurów lekarskich, przez lekarza odbywającego specjalizację z chirurgii ogólnej w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym z Izbą Przyjęć w 4 WSzKzP SPZOZ we Wrocławiu.

(min.48 godz., max. 200 godz. dyżurów medycznych w miesiącu) – 1 lekarz w trakcie specjalizacji

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

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 22 grudnia 2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2021r.   
poz. 711).

3. Oświadczam, że posiadam aktualne badania profilaktyczne.

4. Oświadczam, że posiadam aktualną książeczkę sanitarno-epidemiologiczną lub orzeczenie do celów sanitarno-epidemiologicznych i zobowiązuję się do okazania jej/go 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 i podpis