**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 radiologii i diagnostyki obrazowej wraz z wykonywaniem czynności zawodowych Kierownika Pracowni Rezonansu Magnetycznego i pełnienia dyżurów medycznych w Zakładzie Radiologii Lekarskiej i Diagnostyki Obrazowej (min. 32, maksymalnie 200 godz. w miesiącu) – 1 lekarz specjalista:

1. Pełnienie dyżurów medycznych (nadzór nad badaniami) w godzinach 14.35-07.00 w dni powszednie oraz w godzinach 7.00-7.00 w soboty, niedziele i święta – **........... 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 Rezonansu Magnetycznego.
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. opis badania CR – **.................zł brutto**
6. konsultacja i opis badania TK – **................zł brutto**
7. konsultacja i opis badania MR – **................zł brutto**
8. wykonanie i opis badania TK w programie profilaktyki raka płuc – **.............zł brutto**
9. 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 20% dochodu Zakładu).

**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 (min. 32, maksymalnie 200 godz. w miesiącu) – 1 lekarz specjalista:

1) Pełnienie dyżurów medycznych (nadzór nad badaniami) w godzinach 14.35-07.00 w dni powszednie oraz w godzinach 7.00-7.00 w soboty, niedziele i święta – **........... 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**

3) Stawka ryczałtowa za 1 miesiąc .............. zł brutto za pełnienie czynności zawodowych Kierownika Pracowni Tomografii Komputerowej.

4) 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:

1. wykonanie i opis badania TK – **.................zł brutto**
2. wykonanie i opis badania MR – **................ zł brutto**
3. opis badania CR – **.................zł brutto**
4. konsultacja i opis badania TK – **................zł brutto**
5. konsultacja i opis badania MR – **................zł brutto**
6. wykonanie i opis badania TK w programie profilaktyki raka płuc – **.............zł brutto**
7. 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 20% dochodu Zakładu).

**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 (min. 32, maksymalnie 200 godz. w miesiącu) – 8 lekarzy specjalistów:

1) Pełnienie dyżurów medycznych (nadzór nad badaniami) w godzinach 14.35-07.00 w dni powszednie oraz w godzinach 7.00-7.00 w soboty, niedziele i święta – **........... 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**

4) 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:

1. wykonanie i opis badania TK – **.................zł brutto**
2. wykonanie i opis badania MR – **................ zł brutto**
3. opis badania CR – **.................zł brutto**
4. konsultacja i opis badania TK – **................zł brutto**
5. konsultacja i opis badania MR – **................zł brutto**
6. wykonanie i opis badania TK w programie profilaktyki raka płuc – **.............zł brutto**
7. 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 20% dochodu Zakładu).

**Zakres 4)** CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie medycyny nuklearnej w Zakładzie Medycyny Nuklearnej (min. 36, maksymalnie 120 godz. pozadyżurowych w miesiącu) – 1 lekarz specjalista:

1. Stawka za 1 godz. pozadyżurową............... **zł brutto**

**Zakres 5)** 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. 32, maksymalnie 200 godz. w miesiącu)   
– 1 lekarz specjalista:

1) Pełnienie dyżurów medycznych (nadzór nad badaniami) w godzinach 14.35-07.00 w dni powszednie oraz w godzinach 7.00-7.00 w soboty, niedziele i święta – **........... 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**

3) 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:

1. Wykonanie i opis TK serca -**.................. zł brutto**
2. Wykonanie i opis TK klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy w procedurze kwalifikacyjnej do zabiegów TAVI-**.................. zł brutto**
3. TK angiografia - **.................. zł brutto**
4. Wykonanie i opis MR serca -**.................. zł brutto**
5. Wykonanie i opis MR serca z ilościową oceną T1 i T2- mapping - **.................. zł brutto**
6. MR angiografia - **.................. zł brutto**
7. Konsultacja i opis wyniku TK serca -**.................. zł brutto**
8. Konsultacja i opis wyniku TK TAVI -**.................. zł brutto**
9. Konsultacja i opis wyniku MR serca -**.................. zł brutto**
10. Konsultacja i opis badania serca z ilościową oceną T1 i T2- mapping - **.................. zł brutto**
11. 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**
3. wykonanie i opis badania TK w programie profilaktyki raka płuc – **.............zł brutto**
4. opis badania CR – **.................zł brutto**
5. 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 20% dochodu Zakładu).

**Zakres 6)** CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej (wykonywania i opisu badań diagnostycznych TK serca, TK TAVI, TK, MR, CR), pełnienia dyżurów medycznych w Zakładzie Radiologii Lekarskiej i Diagnostyki Obrazowej (min. 32, maksymalnie 200 godz. w miesiącu) – 1 lekarz specjalista:

1) Pełnienie dyżurów medycznych (nadzór nad badaniami) w godzinach 14.35-07.00 w dni powszednie oraz w godzinach 7.00-7.00 w soboty, niedziele i święta – **........... 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**

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

1. wykonanie i opis badania TK serca – **.................zł brutto**
2. wykonanie i opis badania TK TAVI – **.................zł brutto**
3. wykonanie i opis badania TK perfuzji serca – **.................zł brutto**
4. konsultacja i opis badania TK serca – **.................zł brutto**
5. konsultacja i opis badania TK TAVI – **.................zł brutto**
6. wykonanie i opis badania TK – **.................zł brutto**
7. wykonanie i opis badania MR – **.................zł brutto**
8. konsultacja i opis badania TK – **.................zł brutto**
9. konsultacja i opis badania MR – **.................zł brutto**
10. opis badania CR – **.................zł brutto**
11. wykonanie i opis badania TK w programie profilaktyki raka płuc – **.................zł brutto**
12. 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 20% dochodu Zakładu).

**Zakres 7)** CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej przez lekarza w trakcie specjalizacji (wykonywania i opisu badań diagnostycznych MR serca) w Zakładzie Radiologii Lekarskiej i Diagnostyki Obrazowej (min. 10, maksymalnie 100 godz. w miesiącu) – 1 lekarz:

1. Opis wszystkich zleconych i wykonanych badań diagnostycznych MR serca wg. zapotrzebowania Zakładu, zgodnie z wyszczególnionymi poniżej stawkami i harmonogramem pracy Zakładu:
2. wykonanie i opis badania MR serca – **.................zł brutto**
3. wykonanie i opis badania MR serca z T1 i T2- mapping – **.................zł brutto**

**2)** 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 20% dochodu Zakładu).

Umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych zostanie zawarta na okres:

**zakres 1-7 od dnia 01.11.2023r. do dnia 31.10.2024r.**

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 )