**Załącznik nr 1**

**Oferta na przyjęcie obowiązków w zakresie**

**udzielania świadczeń zdrowotnych**

Pełna nazwa Oferenta (w przypadku umowy kontraktowej nazwa firmy zgodnie z CEIDG):

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

Numer księgi właściwej Izby Pielęgniarskiej lub innego organu rejestrowego (jeśli dotyczy)

............................................................................................................................................................

Regon (w przypadku umowy kontraktowej):

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

NIP (w przypadku umowy kontraktowej):

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

Pesel:

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

Adres praktyki (jeśli dotyczy):

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

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 na udzielanie świadczeń zdrowotnych zostaną zawarte na okres:

Zakres 1: **od dnia 01.12.2023r. do dnia 31.07.2024r.**

Zakres 2: **od dnia 01.12.2023r. do dnia 31.03.2024r**

Zakres 3: **od dnia 01.12.2023r. do dnia 30.11.2024r**

Zakres 4: **od dnia 01.12.2023r. do dnia 30.04.2024r**

Za realizację zamówienia oczekuję należności wg następującej kalkulacji:

**ZAKRES 1)** CPV 85141200-1 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania czynności zawodowych **pielęgniarki w Klinicznym Oddziale Urologicznym w 4 WSzKzP SPZOZ we Wrocławiu** (min. 72 godz, max. 180 godz. w miesiącu)- **2 pielęgniarki**

**stawka …………………zł brutto za godzinę**

**wynagrodzenie za udział w DILLO**

**ZAKRES 2)** CPV 85141200-1 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania czynności zawodowych **pielęgniarki w Klinicznym Oddziale Otolaryngologicznym z pododdziałem Audiologii i Foniatrii w 4 WSzKzP SPZOZ we Wrocławiu** (min. 60 godz, max. 160 godz. w miesiącu)- **3 pielęgniarki**

**stawka …………………zł brutto za godzinę**

**ZAKRES 3)** CPV 85141200-1 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania czynności zawodowych pielęgniarki **w Klinicznym Oddziale Neurochirurgicznym z Pododdziałem Neurochirurgii Onkologicznej oraz w innych oddziałach Szpitala** **4 WSzKzP SPZOZ we Wrocławiu** (min. 60 godz, max. 240 godz. w miesiącu)- **3 pielęgniarki**

**stawka …………………zł brutto za godzinę**

**wynagrodzenie za udział w DILLO**

**wynagrodzenie** za udział w czynnościach związanych z diagnostyką, stwierdzeniem śmierci mózgu oraz pobraniem narządów wypłacane na podstawie z załącznikiem nr 2 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2020 r. tabela A

**wynagrodzenie** za udział w procedurach pobrań i przeszczepów wypłacane zgodnie z algorytmem aktualnie zatwierdzonym przez Komendanta 4. WSzKzP SP ZOZ. Wypłacane po przedłożeniu odrębnej faktury zgodnej z rozliczeniem zatwierdzonym przez Komendanta 4.WSzKzP SP ZOZ.

**ZAKRES 4)** CPV 85141200-1 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania czynności zawodowych **technika elektroradiologii w Pracowni Elektrofizjologii Inwazyjnej w Klinice Kardiologi 4 WSzKzP SPZOZ we Wrocławiu** (min. 30 godz, max. 120 godz. w miesiącu)- 1 technik elektroradiologii

**stawka …………………zł brutto za godzinę**

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.(dotyczy osób prowadzących działalność gospodarczą).~~
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 )