**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:

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

Bank:

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

Nr rachunku bankowego:

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

Adres praktyki :

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

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

Adres zamieszkania:

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

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 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 – **wypełnić odpowiedni zakres:**

1. CPV 85121292-6 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie urologii w Klinicznym Oddziale Urologicznym (min. 160 godz. w miesiącu, max. 220 godz. w miesiącu) – 1 lekarz specjalista:

* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto**
* **stawka za dyżur pełniony w Klinicznym Oddziale Ginekologii Onkologicznej   
  ……....…… zł brutto**
* umowa na świadczenia zdrowotne w ww. zakresie **na okres od dnia 01.02.2019r. do dnia 31.01.2021r.**

1. CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w trakcie specjalizacji z radiologii i diagnostyki obrazowej w Zakładzie Radiologii Lekarskiej i Diagnostyki Obrazowej (minimalnie 72 godz. w miesiącu maksymalnie 200 godz. w miesiącu) - 1 lekarz:

* **…………..zł brutto za 1 godzinę**

**Wykonywanie badań diagnostycznych i opis w czasie poza pełnionymi dyżurami:**

* **……….… zł brutto za nadzorowanie i opis jednego badania TK**
* **……….… zł brutto za opis jednego badania CR**
* **…………. zł brutto za wykonanie i opis jednego badania USG**
* umowa na świadczenia zdrowotne w ww. zakresie **na okres od dnia 01.02.2019r. do dnia 31.01.2021r.**

1. CPV 85121200-5 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie otolaryngologii w Poradni Otolaryngologicznej z gabinetem diagnostyczno - zabiegowym w Poliklinice 4WSK z SP ZOZ

( ok. 120 godzin w miesiącu ) – 1 lekarz specjalista:

* **……. % iloczynu wykonanych świadczeń oraz ich wartości wycenionych przez NFZ**
* **……. % wyniku finansowego z wykonanych konsultacji zleconych w ramach zawartych umów w zakresie Poradni Otolaryngologicznej z gabinetem diagnostyczno – zabiegowym** ( do wglądu w Dziale Kadr )
* umowa na świadczenia zdrowotne w zakresie ww. zakresie **na okres od 01.02.2019r. do dnia 31.01.2021r.**

1. 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 )   
   – 1 lekarz specjalista;

* **……. % iloczynu wykonanych świadczeń oraz ich wartości wycenionych przez NFZ**
* **……. % wyniku finansowego z wykonanych konsultacji zleconych w ramach zawartych umów w zakresie Poradni Dermatologiczno-Wenerologicznej** ( do wglądu w Dziale Kadr )
* umowa na świadczenia zdrowotne w zakresie ww. zakresie **na okres od 01.02.2019r. do dnia 31.01.2021r.**

1. CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej w Zakładzie Radiologii Zabiegowej (minimalnie 20 godz. w miesiącu, maksymalnie 25 godz. w miesiącu ) – 1 lekarz specjalista:

* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto**
* umowa na świadczenia zdrowotne w zakresie ww. zakresie **na okres od 01.02.2019r. do dnia 31.01.2020r.**

1. CPV 85121200-5 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii w Klinicznym Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii i Oddziałach 4 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SP ZOZ ( minimalnie 100 godz. w miesiącu maksymalnie 190 godz. w miesiącu) – 1 lekarz specjalista:

* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto**
* umowa na świadczenia zdrowotne w zakresie ww. zakresie **na okres od 01.02.2019r. do dnia 31.01.2020r.**

1. CPV 85121200-5 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii w Klinicznym Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii i Oddziałach 4 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SP ZOZ ( minimalnie 100 godz. w miesiącu maksymalnie 225 godz. w miesiącu) – 1 lekarz specjalista;

* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto**
* umowa na świadczenia zdrowotne w zakresie ww. zakresie **na okres od 01.02.2019r. do dnia 31.01.2020r.**

1. CPV 85121200-5 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii w Klinicznym Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii i Oddziałach 4 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SP ZOZ (minimalnie 100 godz. w miesiącu maksymalnie 240 godz. w miesiącu) – 1 lekarz specjalista;

* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto**
* **wynagrodzenie za udział w procedurach pobrań i przeszczepów wg. ustalonego algorytmu zatwierdzonego przez Komendant 4 WSK z P SP ZOZ (do wglądu w Dziale Kadr)**
* **oraz wynagrodzenie za udział w identyfikacji dawcy zmarłego i w opiece nad dawcą od stwierdzenia śmierci mózgu lub zgonu w skutek nieodwracalnego zatrzymania krążenia do pobrania narządu lub narządów zgodnie z Załącznikiem nr 2A do ROZPORZĄDZENIA MINISTRA ZDROWIA z dnia 22 marca 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu ustalania kosztów czynności związanych z pobieraniem, przechowywaniem, przetwarzaniem, sterylizacją i dystrybucją komórek, tkanek i narządów.**
* umowa na świadczenia zdrowotne w zakresie ww. zakresie **na okres od 01.02.2019r. do dnia 31.01.2020r.**

1. CPV 85120000-6 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki histopatologicznej, cytologicznej oraz autopsyjnej wraz z wykonywaniem czynności zawodowych Kierownika Zakładu Patomorfologii (min. 160 godz. w miesiącu, maksymalnie 200 godz. w miesiącu) – 1 lekarz specjalista:

* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto**
* umowa na świadczenia zdrowotne w zakresie ww. zakresie **na okres od 01.02.2019r. do dnia 31.01.2020r.**

1. CPV 85111100-1 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii ogólnej, chirurgii naczyniowej oraz udziału w procedurze pobrań i przeszczepów narządów wraz z wykonywaniem czynności Kierownika Zintegrowanego Bloku Operacyjnego (minimalnie 160 godz. w miesiącu)   
   – 1 lekarz specjalista:

* **stawka miesięczna ryczałtowa brutto ………………………zł**  **za minimum 160 godz. udzielonych w miesiącu świadczeń zdrowotnych.**

**i wynagrodzenie za udział w procedurach pobrań i przeszczepów wg. ustalonego algorytmu zatwierdzonego przez Komendant 4 WSK z P SP ZOZ (do wglądu w Dziale Kadr)**

* umowa na świadczenia zdrowotne w zakresie ww. zakresie **na okres od 01.02.2019r. do dnia 31.01.2020r.**

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 2011r. nr 293   
poz. 1729).

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 lekarskiej 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;
* Dane osobowe przetwarzane są w celu obsługi osób zatrudnionych na podstawie umów cywilono-prawnych w 4.WSzKzP SPZOZ;
* Administrator danych gwarantuje właściwą ochronę przetwarzanych danych osobowych;
* Posiadam prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania;
* Podanie danych osobowych jest obowiązkowe, co wynika z przepisów Prawa Pracy,   
  w szczególności z Ustawy Kodeks Pracy.
* 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

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

Data ( pieczątka i podpis )