**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:**

**Zakres 1)** CPV 85000000-9 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie zabezpieczenia funkcjonowania Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych oraz orzecznictwa lekarskiego realizowanego w Gabinecie Lekarza Zakładowego ( min.50 godz., max. 100 godz. w miesiącu) – 1 lekarz specjalista:

* **stawka za 1 godzinę udzielonych świadczeń objętych umową, innych niż czynności orzecznicze.…………………zł. brutto**
* **stawka za wydane orzeczenie ……………zł. brutto**
* umowa na świadczenia zdrowotne w ww. zakresie **na okres od dnia 01.02.2019r. do dnia 31.01.2022r.**

**Zakres 2)** CPV 85111500-5 Udzielanie świadczeń w zakresie psychiatrii w Klinicznym Oddziale Psychiatrycznym i Leczenia Stresu Bojowego oraz w Poradni Zdrowia Psychicznego (min. 100 godz., max. 220 godz. w miesiącu) - 1 lekarz;:

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

**Zakres 3)** CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii urazowej i ortopedii i traumatologii narządu ruchu w ramach dyżurów medycznych przez lekarza w trakcie specjalizacji w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (maksymalnie 200 godz. w miesiącu) – 3 lekarzy:

* **…………..zł brutto za 1 godzinę**
* umowa na świadczenia zdrowotne w ww. zakresie **na okres od dnia 01.02.2019r. do dnia 30.11.2021r**

**Zakres 4)** CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżurów medycznych w zakresie neurologii w Klinicznym Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Udarów Mózgu oraz Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (minimalnie 16 godz. 25 min. w miesiącu, maksymalnie 200 godz. w miesiącu) - 7 lekarzy specjalistów:

* **…………..zł brutto za 1 godzinę**
* **wynagrodzenie za udział 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 ww. zakresie **na okres od dnia 01.02.2019r. do dnia 31.01.2020r.**

**Zakres 5)** CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżurów medycznych w zakresie pełnienia dyżurów neurologicznych przez lekarza w trakcie specjalizacji w Klinicznym Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Leczenia Udarów Mózgu oraz Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (minimalnie 16 godz. 25 min. w miesiącu, maksymalnie 200 godz. w miesiącu) –1 lekarz w trakcie specjalizacji.:

* **…………..zł brutto za 1 godzinę**
* **wynagrodzenie za udział 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 ww. zakresie na okres od dnia 01.02.2019r. do dnia 31.01.2020r.**

**Zakres 6)** CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii ogólnej przez lekarza w trakcie specjalizacji w ramach dyżurów medycznych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (maksymalnie 200 godz. w miesiącu) – 2 lekarzy w trakcie specjalizacji:

* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto**
* umowa na świadczenia zdrowotne w zakresie ww. zakresie **na okres od 01.02.2019r. do dnia 31.01.2021r.**

**Zakres 7)** CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii ogólnej w ramach dyżurów medycznych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (maksymalnie 200 godz. w miesiącu) –

3 lekarzy specjalistów:

* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto**
* umowa na świadczenia zdrowotne w zakresie ww. zakresie **na okres od 01.02.2019r. do dnia 31.01.2021r.**

**Zakres 8)** CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii urazowej i ortopedii i traumatologii narządu ruchu w ramach dyżurów medycznych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (maksymalnie 200 godz. w miesiącu) – 3 lekarzy specjalistów;

* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto**
* umowa na świadczenia zdrowotne w zakresie ww. zakresie **na okres od 01.02.2019r. do dnia 30.11.2021r**

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 )