**Załącznik nr 1**

**Oferta na przyjęcie obowiązków w zakresie**

**udzielania świadczeń zdrowotnych**

Pełna nazwa Oferenta (zgodnie z CEIDG):

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

Numer księgi rejestrowej właściwej Izby:

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

Regon:

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

NIP:

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

Pesel:

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

Adres praktyki :

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

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

Adres zamieszkania:

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

Telefon:

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

E-mail:

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

**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 85141200-1 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania czynności zawodowych pielęgniarki w Pracowni Hemodynamiki i Pracowni Elektrofizjologii Inwazyjnej oraz w zakresie dyżurów interwencyjnych ostrych 24 godzinnych dla miasta Wrocławia w Klinice Kardiologii (minimalnie 160 godz. w miesiącu, maksymalnie 240 godz. w miesiącu) – 1 PIELĘGNIARKA:

* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto**
* wynagrodzenie wynikające z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 08.09.2015r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej ( Dz.U. z 2016r. poz. 1146 ) i Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 14.10.2015r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej (tj. Dz.U. z 2015r. poz. 1628 ), oraz realizując postanowienia rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29.08.2018r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2018r. poz.1681) oraz na warunkach i w wysokości określonych w porozumieniu zawartym pomiędzy Zakładową Organizacją Związkową Ogólnopolskiego Związku Pielęgniarek i Położnych, a 4 Wojskowym Szpitalem Klinicznym z Polikliniką SP ZOZ we Wrocławiu, reprezentowanym przez Komendanta Szpitala w sprawie uruchomienia dodatkowego wynagrodzenia dla pielęgniarek i położnych.
* umowa na świadczenia zdrowotne w ww. zakresie na okres **od 01.08.2019r. do dnia 30.04.2021r.**

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 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;
* Podanie danych osobowych jest obowiązkowe, co wynika z przepisów Prawa Pracy,   
  w szczególności z Ustawy Kodeks Pracy.
* 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 )