**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:

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

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 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób wewnętrznych (odcinek internistyczny - w tym dyżur łączony przy braku pełnej obsady dyżurowej) w ramach dyżurów medycznych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (min. 48 godz. w miesiącu, max. 200 godz. w miesiącu) – 1 lekarz specjalista:

* **stawka za 1 godzinę pracy w ramach dyżurów…………………zł brutto**
* **stawka za 1 godzinę pracy jako Kierownik dyżuru SOR…………………zł brutto**
* **stawka za 1 godzinę pracy łączonego dyżuru internisty SOR …………………zł brutto**
* umowa na świadczenia zdrowotne w zakresie ww. zakresie **na okres od dnia 01.08.2020r.**

**do dnia 31.07.2022r.**

**Zakres 2)** CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie neurochirurgii w Klinicznym Oddziale Neurochirurgicznym i Poradni Neurochirurgicznej wraz z wykonywaniem czynności Zastępcy Kierownika Klinicznego Oddziału Neurochirurgicznego; udział w procedurach pobrań i przeszczepów (minimalnie 130 godz. w miesiącu maksymalnie 250 godz. w miesiącu i do 50 godz. w miesiącu dyżurów pod telefonem) - 1 lekarz specjalista:

* **stawka za 1 godzinę ………….. zł brutto**
* **stawka za 1 godzinę ………….. zł brutto dyżuru po telefonem**
* **wynagrodzenie** za czynności związanych z pobieraniem narządów od dawcy, u którego stwierdzono zgon wskutek śmierci mózgu lub nieodwracalnego zatrzymania krążenia, czynności związanych z pobieraniem szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej od żywego dawcy oraz ich przechowywaniem, przetwarzaniem, sterylizacją i dystrybucją wypłacane zgodnie z załącznikiem nr 2a do rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 22 marca 2010 r.
* **wynagrodzenie za udział w procedurach pobrań i przeszczepów** wypłacane zgodnie z algorytmem aktualnie zatwierdzonym przez Komendanta 4. WSzKzP SP ZOZ ( do wglądu w Dziale Kadr)
* umowa na świadczenia zdrowotne w zakresie ww. zakresie **na okres od dnia 01.09.2020r.**

**do dnia 31.08.2021r.**

**Zakres 3)** CPV 85000000-9 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w Przychodni POZ przy Centrum Szkolenia Wojsk Inżynieryjnych i Chemicznych we Wrocławiu, ul. Obornicka 108 (max.100 godz. w miesiącu) - 2 lekarzy:

* **…….%** przychodu z NFZ od zadeklarowanej liczby pacjentów (do lekarza) przypadających na miesięczny okres rozliczeniowy.
* umowa na świadczenia zdrowotne w zakresie ww. zakresie **na okres od dnia 01.09.2020r.**

**do dnia 31.08.2022r.**

**Zakres 4)** CPV 85121200-5 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie otolaryngologii w Poradni Otolaryngologicznej z gabinetem diagnostyczno - zabiegowym w Poliklinice 4.WSzKzP SPZOZ   
( 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 dnia 01.08.2020r.**

**do dnia 31.07.2022r.**

**Zakres 5)** CPV 85111500-5 Udzielanie świadczeń w zakresie dyżurów medycznych w Klinicznym Oddziale Psychiatrycznym i Leczenia Stresu Bojowego przez lekarza w trakcie specjalizacji z psychiatrii (minimalnie 16 godz. 25 min. w miesiącu, maksymalnie 200 godz. w miesiącu) - 1 lekarz:

* **stawka za 1 godzinę ………….. zł brutto**
* umowa na świadczenia zdrowotne w zakresie ww. zakresie **na okres od dnia 01.08.2020r.**

**do dnia 31.07.2021r.**

**Zakres 6)** 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 oraz Poradni Anestezjologicznej wraz z pełnieniem funkcji zastępcy Kierownika Klinicznego Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii; udział w procedurach pobrań i przeszczepów (120 godz. pozadyżurowych w miesiącu + 40 godz. puli rezerwowej, dyżury medyczne) – 1 lekarz specjalista:

* **stawka za 1 godzinę pozadyżurową…………………zł brutto**
* **stawka za 1 godzinę dyżuru…………………zł brutto**
* **stawka za 1 godzinę stawka za 1 godzinę pracy w Poradni Anestezjologicznej …………………zł brutto**
* **wynagrodzenie** za czynności związanych z pobieraniem narządów od dawcy, u którego stwierdzono zgon wskutek śmierci mózgu lub nieodwracalnego zatrzymania krążenia, czynności związanych z pobieraniem szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej od żywego dawcy oraz ich przechowywaniem, przetwarzaniem, sterylizacją i dystrybucją wypłacane zgodnie z załącznikiem nr 2a do rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 22 marca 2010 r.
* **wynagrodzenie za udział w procedurach pobrań i przeszczepów** wypłacane zgodnie z algorytmem aktualnie zatwierdzonym przez Komendanta 4. WSzKzP SP ZOZ ( do wglądu w Dziale Kadr)
* umowa na świadczenia zdrowotne w zakresie ww. zakresie **na okres od dnia 01.08.2020r.**

**do dnia 31.07.2021r.**

**Zakres 7)** CPV 85121270-6 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrii w Poradni Zdrowia

Psychicznego (max. 70 godz. w miesiącu) – 1 lekarz specjalista.

* **………%** wartości wykonywanych usług wycenionych przez NFZ
* **……….%** wyniku finansowego z innych badań i konsultacji wykonywanych w Poradni Zdrowia Psychicznego ( do wglądu w Dziale Kadr).
* umowa na świadczenia zdrowotne w zakresie ww. zakresie **na okres od dnia 01.09.2020r.**

**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 29 kwietnia 2019r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019r. poz. 866);
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;
* 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 )