**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 radiologii i diagnostyki obrazowej wraz z wykonywaniem czynności zawodowych Kierownika Pracowni Nieinwazyjnych Badań Obrazowych Układu Krążenia w Ośrodku Diagnostyki Obrazowej i pełnienia dyżurów medycznych w Zakładzie Radiologii Lekarskiej i Diagnostyki Obrazowej ( min. 72 godz. w miesiącu, maksymalnie 125 godz. w miesiącu dyżurów medycznych) – 1 lekarz specjalista:

* **stawka za 1 godzinę dyżuru w dni robocze …………………zł brutto**
* **stawka za 1 godzinę dyżuru w niedziele i święta …………………zł brutto**

Zakres Opisywanych badań planowych w czasie poza pełnionymi dyżurami:

* TK serca- …………..zł/ badanie
* TK klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy w procedurze kwalifikacji do zabiegu TAVI- ……zł/badanie
* TK angiografia- ………. zł/ badanie
* MR serca- ……. zł/ badanie
* MR serca z ilościową oceną T1 i T2- mapping- ……….. zł/ badanie
* MR angiografia - …….. zł/ badanie
* Konsultacja wyniku TK/MR serca i naczyń - ………. % stawki za opis badania.
* Konsultacja wyniku TK/MR opisanego przez lekarza w trakcie specjalizacji: TK- …….. zł, MR - ………..zł
* umowa na świadczenia zdrowotne w ww. zakresie **na okres od dnia 01.10.2020r. do dnia 30.09.2021r.**

**Zakres 2)** CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania i opisu badań diagnostycznych MR, TK, CR wraz z wykonywaniem czynności zawodowych Kierownika Pracowni Rezonansu Magnetycznego i pełnienia dyżurów medycznych w Zakładzie Radiologii Lekarskiej i Diagnostyki Obrazowej (min. 60 godz. w miesiącu, maksymalnie 180 godz. w miesiącu dyżurów medycznych) – 1 lekarz specjalista.

* **stawka za 1 godzinę dyżuru …………………zł brutto**
* **stawka ryczałtowa ……………….. zł brutto za pełnienie czynności zawodowych Kierownika Pracowni Rezonansu Magnetycznego**

Opis i wykonanie badań diagnostycznych TK, MR, CR wg zapotrzebowania Zakładu, zleconych i wykonanych w czasie poza pełnionymi dyżurami medycznymi, zgodnie z wyszczególnionymi poniżej stawkami i harmonogramem pracy Zakładu:

* wykonanie i opis badania TK **………..zł brutto**
* wykonanie i opis badania MR **……….zł brutto**
* opis badania CR **……….zł brutto**
* umowa na świadczenia zdrowotne w ww. zakresie **na okres od dnia 01.10.2020r. do dnia 30.09.2021r.**

**Zakres 3)** CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej (wykonywania i opisu badań diagnostycznych TK, MR, CR, USG), pełnienia dyżurów medycznych w Zakładzie Radiologii Lekarskiej i Diagnostyki Obrazowej (minimalnie 72 godz. w miesiącu, maksymalnie 180 godz. w miesiącu dyżurów medycznych) – 4 lekarzy specjalistów:

* **stawka za 1 godzinę dyżuru …………………zł brutto**

Opis i wykonanie badań diagnostycznych TK, MR, CR, USG wg zapotrzebowania Zakładu, zleconych i wykonanych w czasie poza pełnionymi dyżurami medycznymi, zgodnie z wyszczególnionymi poniżej stawkami i harmonogramem pracy Zakładu:

* wykonanie i opis badania……….… zł brutto TK
* wykonanie i opis badania ……….… zł brutto MR
* opis badania……….… zł brutto CR
* wykonanie i opis badania …………. zł brutto USG
* umowa na świadczenia zdrowotne w ww. zakresie **na okres od dnia 01.10.2020r. do dnia 30.09.2021r.**

**Zakres 4)** CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej, (wykonywania i opisu badań diagnostycznych TK, MR, CR, USG) i medycyny nuklearnej oraz pełnienia dyżurów medycznych w Ośrodku Diagnostyki Obrazowej ( dyżury medyczne w Zakładzie Radiologii Lekarskiej i Diagnostyki Obrazowej minimalnie 72 godz. w miesiącu, maksymalnie 200 godz. w miesiącu; Zakład Medycyny Nuklearnej minimalnie 30 godz. w miesiącu, maksymalnie 96 godz. w miesiącu) – 1 lekarz specjalista:

* **stawka za 1 godzinę dyżuru** wZakładzie Radiologii Lekarskiej i Diagnostyki Obrazowej **…………………zł brutto**

Opis i wykonanie badań diagnostycznych TK, MR ,CR i USG wg zapotrzebowania Zakładu Radiologii Lekarskiej i Diagnostyki Obrazowej, zleconych i wykonanych w czasie poza pełnionymi dyżurami medycznymi, zgodnie z wyszczególnionymi poniżej stawkami i harmonogramem pracy Zakładu:

* wykonanie i opis badania TK ………..zł brutto
* wykonanie i opis badania MR ………..zł brutto
* opis badania CR ………..zł brutto
* wykonanie i opis badania USG ………..zł brutto
* **stawka za 1 godzinę** wZakład Medycyny Nuklearnej **…………………zł brutto**
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 )