**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, doktorat, prof.):

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

**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 lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w Przychodni POZ 4 WSzKzP SP ZOZ we Wrocławiu, ul. R. Weigla 5 (minimalnie 150 godz. w miesiącu, maksymalnie 180 godz. w miesiącu) – 2 lekarzy:

* **stawka za 1 godzinę ………….. zł brutto**
* umowa na świadczenia zdrowotne ww. zakresie **na okres od dnia 01.02.2021r.**
* **do dnia 31.03.2023r.**

**ZAKRES 2)** CPV 85111100-1 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii naczyniowej i udziału w procedurze pobrań i przeszczepów narządów w Klinicznym Oddziale Chirurgii Naczyniowej i Klinicznym Oddziale Chirurgii Transplantacyjnej oraz Zintegrowanym Bloku Operacyjnym wraz z wykonywaniem czynności Kierownika ZBO i doradcy budżetowo – sprzedażowego Klinicznego Oddziału Chirurgii Naczyniowej ( min. 160 godz. w miesiącu ) – 1 lekarz specjalista:

* **stawka miesięczna ryczałtowa brutto ………………………zł**  **za minimum 160 godz. udzielonych w miesiącu świadczeń zdrowotnych.**
* **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 01.02.2021r. do dnia 31.01.2023r.**

**ZAKRES 3)** CPV 85120000-6 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki histopatologicznej, cytologicznej oraz autopsyjnej wraz z wykonywaniem czynności zawodowych Z-cy Kierownika Zakładu Patomorfologii ( min. 160 godz. w miesiącu ) – 1 lekarz specjalista:

* **stawka miesięczna ryczałtowa brutto ………………………zł**  **za minimum 160 godz. udzielonych w miesiącu świadczeń zdrowotnych.**
* **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 01.02.2021r. do dnia 31.01.2023r.**

**ZAKRES 4)** 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 ) – 1 lekarz specjalista:

* **stawka miesięczna ryczałtowa brutto ………………………zł**  **za minimum 160 godz. udzielonych w miesiącu świadczeń zdrowotnych.**
* **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 01.02.2021r. do dnia 31.01.2023r.**

**ZAKRES 5)** CPV 85111100-1 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii ogólnej oraz endoskopii zabiegowej wraz z wykonywaniem czynności Kierownika Pracowni Endoskopii Zabiegowej w Klinice Chirurgicznej oraz udziału w procedurach pobrań i przeszczepów   
oraz zapewnienia opieki lekarskiej w Zakładzie Endoskopii Zabiegowej (maksymalnie 180 godz. pozadyżurowych w miesiącu, maksymalnie 60 godz. dyżuru medycznego w miesiącu, dyżury pod telefonem) - 1 lekarz specjalista:

* **stawka za 1 godzinę pozadyżurową ………….. zł brutto**
* **stawka za 1 godzinę dyżuru medycznego ………….. zł brutto**
* **stawka za 1 godzinę dyżuru po telefonem ………….. zł brutto**
* **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 ww. zakresie **na okres od dnia 01.02.2021r.**

**do dnia 31.01.2022r.**

**ZAKRES 6)** CPV 85111100-1 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii ogólnej wraz z wykonywaniem czynności koordynatora pracą Klinicznego Oddziału Chirurgicznego Ogólnego oraz udziału w procedurach pobrań i przeszczepów (maksymalnie 180 godz. pozadyżurowych w miesiącu, maksymalnie 60 godz. dyżuru medycznego w miesiącu, dyżury pod telefonem) - 1 lekarz specjalista:

* **stawka za 1 godzinę pozadyżurową ………….. zł brutto**
* **stawka za 1 godzinę dyżuru medycznego ………….. zł brutto**
* **stawka za 1 godzinę dyżuru po telefonem ………….. zł brutto**
* **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 ww. zakresie **na okres od dnia 01.02.2021r.**

**do dnia 31.01.2022r.**

**ZAKRES 7)** CPV 85111100-1 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii ogólnej wraz z wykonywaniem czynności Zastępcy Kierownika Kliniki Chirurgicznej oraz udziału w procedurach pobrań i przeszczepów (maksymalnie 180 godz. pozadyżurowych w miesiącu, maksymalnie 60 godz. dyżuru medycznego w miesiącu, dyżury pod telefonem) - 1 lekarz specjalista:

* **stawka za 1 godzinę pozadyżurową ………….. zł brutto**
* **stawka za 1 godzinę dyżuru medycznego ………….. zł brutto**
* **stawka za 1 godzinę dyżuru po telefonem ………….. zł brutto**
* **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 ww. zakresie **na okres od dnia 01.02.2021r.**

**do dnia 31.01.2022r.**

**ZAKRES 8)** CPV 85111100-1 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii klatki piersiowej i chirurgii ogólnej oraz udział w procedurze pobrań i przeszczepów w Klinice Chirurgicznej; dyżury medyczne w ośrodku zabiegowym COVID-19 (maksymalnie 140 godz. pozadyżurowych w miesiącu, maksymalnie 120 godz. dyżuru medycznego w miesiącu, dyżury pod telefonem) - 1 lekarz specjalista:

* **stawka za 1 godzinę pozadyżurową ………….. zł brutto**
* **stawka za 1 godzinę dyżuru medycznego ………….. zł brutto**
* **stawka za 1 godzinę dyżuru po telefonem ………….. zł brutto**
* **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 ww. zakresie **na okres od dnia 01.02.2021r.**

**do dnia 31.08.2021r.**

**ZAKRES 9)** CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu w Klinice Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu oraz Poradni Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu z Gabinetem Diagnostyczno-Zabiegowym (maksymalnie 180 godz. pozadyżurowych w miesiącu) – 1 lekarz specjalista:

* **stawka za 1 godzinę pozadyżurową w Klinice Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu oraz Poradni Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu z Gabinetem Diagnostyczno-Zabiegowym ………….. zł brutto**
* umowa na świadczenia zdrowotne ww. zakresie **na okres od dnia 01.02.2021r.**

**do dnia 31.01.2022r.**

**ZAKRES 10)** CPV 85111500-5 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrii w Klinicznym Oddziale Psychiatrycznym i Leczenia Stresu Bojowego ( max. 90 godz. pozadyżurowych w miesiącu, maksymalnie 220 godz. dyżuru medycznego w miesiącu ) - 1 lekarz:

* **stawka za 1 godzinę pozadyżurową ………….. zł brutto**
* **stawka za 1 godzinę dyżuru medycznego ………….. zł brutto**
* umowa na świadczenia zdrowotne ww. zakresie **na okres od dnia 01.02.2021r.**

**do dnia 31.01.2022r.**

**ZAKRES 11)** CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie okulistyki w Klinicznym Oddziale Okulistycznym i poradniach okulistycznych 4 WSzKzP SP ZOZ oraz Szpitalnym Oddziale Ratunkowym oraz udziału w procedurach pobrań i przeszczepów (minimalnie 100 godz. w miesiącu, maksymalnie 200 godz. w miesiącu) – 1 lekarz specjalista:

* **stawka za 1 godzinę w Klinicznym Oddziale Okulistycznym i poradniach okulistycznych**.**……….. zł brutto**
* **stawka za 1 godzinę dyżuru medycznego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym……… zł brutto**
* **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 ww. zakresie **na okres od dnia 01.02.2021r.**

**do dnia 31.01.2022r.**

**ZAKRES 12)** CPV 85000000-9 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej - pediatria w Przychodni POZ 4 WSzKzP SPZOZ we Wrocławiu ul. Róży Wiatrów 11B ( minimalnie 30 godz. w miesiącu, maksymalnie 130 godz. w miesiącu ) – 1 lekarz:

* **stawka za 1 godzinę ………….. zł brutto**
* umowa na świadczenia zdrowotne ww. zakresie **na okres od dnia 01.02.2021r.**

**do dnia 31.03.2023r.**

**ZAKRES 13)** 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 30 godz. w miesiącu, maksymalnie 160 godz. w miesiącu dyżurów medycznych) – 1 lekarzy specjalista:

* **stawka za 1 godzinę dyżuru medycznego …………………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 01.02.2021r. do dnia 31.01.2023r.**

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 )