**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 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie radiologii zabiegowej (zabiegi endowaskularne) w Klinice Chirurgicznej - 1 lekarz specjalista:

Wynagrodzenie za 1 wykonaną procedurę:

1. Implantacja stentgrafów do tętniaków aorty -……….…………..zł. brutto
2. Embolizacja narządowa - …………………… zł. brutto
3. Angioplastyka tętnicy szyjnej z neuroprotekcją - ………………..….zł. brutto
4. Angioplastyka z użyciem dwóch i więcej stentów - ……………………..zł. brutto
5. Angioplastyka bez użycia stentu lub z jednym stentem - ……………………..zł brutto
6. Angiografia - ……………….….zł brutto
7. Przezskórne drenaże dróg żółciowych - ……………….….zł brutto

* umowa na świadczenia zdrowotne w zakresie ww. zakresie **na okres od dnia 01.03.2021r.**

**do dnia 28.02.2022r.**

**ZAKRES 2)** CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu w Klinice Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu (maksymalnie 100 godz. pozadyżurowych w miesiącu, dyżury pod telefonem) – 1 lekarz specjalista:

* **stawka za 1 godzinę pozadyżurową ………….. zł brutto**
* **stawka za 1 godzinę dyżuru pod telefonem ………….. zł brutto**
* umowa na świadczenia zdrowotne ww. zakresie **na okres od dnia 15.02.2021r.**

**do dnia 31.01.2023r.**

**ZAKRES 3)** CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżurów medycznych przez lekarza w trakcie specjalizacji w zakresie odcinka internistycznego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (min. 48 godz. w miesiącu, max. 200 godz. w miesiącu) – 1 lekarz:

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

umowa na świadczenia zdrowotne ww. zakresie **na okres od dnia 15.02.2021r.**

**do dnia 31.01.2023r.**

**ZAKRES 4)** CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii w Klinicznym Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz w Poradni Anestezjologicznej w 4WSzKzP SPZOZ (max 160 godz. pozadyżurowych w miesiącu, dyżury medyczne) – 1 lekarz specjalista:

* **stawka za 1 godzinę pozadyżurową ………….. zł brutto**
* **stawka za 1 godzinę dyżuru medycznego ………….. zł brutto**
* **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 01.03.2021r.**

**do dnia 31.01.2022r.**

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 )