**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 ją 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 kardiochirurgii wraz z wykonywaniem czynności Zastępcy Kierownika Kliniki Kardiochirurgii Ośrodka Chorób Serca (minimalnie 180 godz. w miesiącu ) – 1 lekarz specjalista

* **stawka ryczałtowa ………….. zł brutto**
* umowa na świadczenia zdrowotne w ww. zakresie **od dnia 01.06.2021r. do dnia 31.05.2022r.**

**Zakres 2)** CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiochirurgii oraz prowadzenie nadzoru finansowego w Klinice Kardiochirurgii Ośrodka Chorób Serca (maksymalnie 200 godz. pozadyżurowych w miesiącu, dyżury medyczne, dyżury pod telefonem ) – 1 lekarz specjalista

* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto**
* **stawka za dyżur pod telefonem……………zł brutto**
* umowa na świadczenia zdrowotne w ww. zakresie **od dnia 01.06.2021r. do dnia 31.05.2022r.**

**Zakres 3)** CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiochirurgii w Klinice Kardiochirurgii Ośrodka Chorób Serca – (maksymalnie 200 godz. pozadyżurowych w miesiącu, dyżury medyczne, dyżury pod telefonem) - 4 lekarzy specjalistów

* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto**
* **stawka za dyżur pod telefonem……………zł brutto**
* umowa na świadczenia zdrowotne w ww. zakresie **od dnia 01.06.2021r. do dnia 31.05.2022r.**

**Zakres 4)** CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii wraz z wykonywaniem czynności Kierownika Klinicznego Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii II w Klinice Kardiochirurgii Ośrodka Chorób Serca ( minimalnie 160 godz. w miesiącu, maksymalnie 280 ) – 1 lekarz specjalista

* **stawka ryczałtowa ………….. zł brutto**
* umowa na świadczenia zdrowotne w ww. zakresie **od dnia 01.06.2021r. do dnia 31.05.2022r.**

**Zakres 5)** CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie neurochirurgii w Klinicznym Oddziale Neurochirurgicznym i Poradni Neurochirurgicznej (minimalnie 130 godz. w miesiącu, maksymalnie 250 godz. w miesiącu, max.50 godz. w miesiącu-dyżuru pod telefonem) – 1 lekarz specjalista

* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto**
* **stawka za dyżur pod telefonem……………zł brutto**
* umowa na świadczenia zdrowotne w ww. zakresie **od dnia 01.06.2021r. do dnia 31.05.2022r.**

**Zakres 6)** CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżurów medycznych w Stacji Dializ w Klinice Chorób Wewnętrznych 4 WSzKzP SPZOZ ( minimalnie 16,5 godzin, maksymalnie 160 godz. w miesiącu )– 1 lekarz specjalista z chorób wewnętrznych i gastroenterologii

* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto**
* **stawka za dyżur pod telefonem……………zł brutto**
* umowa na świadczenia zdrowotne w ww. zakresie **od dnia 01.06.2021r. do dnia 31.05.2022r.**

**Zakres 7)** CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Stacji Dializ w Klinice Chorób Wewnętrznych 4 WSzKzP SPZOZ ( minimalnie 16,5 godzin, maksymalnie 160 godz. w miesiącu w ramach czasu pozadyżurowego i dyżuru medycznego )– 1 lekarz specjalista z chorób wewnętrznych

* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto**
* **stawka za dyżur pod telefonem……………zł brutto**
* umowa na świadczenia zdrowotne w ww. zakresie **od dnia 01.06.2021r. do dnia 31.05.2022r.**

**Zakres 8)** CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżurów medycznych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym 4 WSzKzP SPZOZ ( minimalnie 48 godzin, maksymalnie 200 godz. w miesiącu )-odcinek chirurgiczny, w tym dyżur łączony– 1 lekarz w trakcie specjalizacji z chirurgii ogólnej

* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto w ramach dyżuru**
* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto jako kierownik dyżuru SOR**
* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto łączonego dyżuru chirurga SOR**

**Zakres 9)** CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżurów medycznych w Klinicznym Oddziale Urologicznym oraz w Oddziale COVID-19 4 WSzKzP SPZOZ ( minimalnie 16 godzin, maksymalnie 144 godz. w miesiącu ) – 1 lekarz w trakcie specjalizacji z urologii

* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto**
* umowa na świadczenia zdrowotne w ww. zakresie **od dnia 01.07.2021r. do dnia 30.06.2022r.**
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 z późn.zm.);
3. Oświadczam, że posiadam aktualne badania profilaktyczne.
4. **Oświadczam, że posiadam aktualną książeczkę sanitarno-epidemiologiczną lub orzeczenie do celów sanitarno-epidemiologicznych oraz aktualne szkolenia z zakresu BHP i zobowiązuję się do okazania ich 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

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

 datta ( pieczątka i podpis )