**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:

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

*(Informacja dotycząca zmiany adresu w przypadku, kontynuacji udzielania świadczeń dla Udzielającego zamówienie: adres uległ zmianie* ***TAK, NIE (właściwe zakreślić))***

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:

1. CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii wraz z wykonywaniem czynności Kierownika Kliniki Kardiologii (minimalnie 160 godz. pozadyżurowych w miesiącu, max. 180 godz. pozadyżurowych w miesiącu) - 1 lekarz specjalista;

* **stawka za 1 godzinę pozadyżurową ………………. zł brutto**

1. CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii wraz z wykonywaniem czynności Kierownika Klinicznego Oddziału Kardiologii Ogólnej w Klinice Kardiologii ( max. 180 godz. pozadyżurowych w miesiącu) – 1 lekarz specjalista;

* **stawka za 1 godzinę pozadyżurową ………………. zł brutto**

1. CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii i kierowania procedurami jednodniowymi wraz z wykonywaniem czynności Kierownika Klinicznego Oddziału Zaburzeń Rytmu Serca w Klinice Kardiologii ( max. 180 godz. pozadyżurowych w miesiącu) – 1 lekarz specjalista;

* **stawka za 1 godzinę pozadyżurową ………………. zł brutto**

1. CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii interwencyjnej wraz z wykonywaniem czynności Kierownika Pracowni Hemodynamiki w Klinice Kardiologii (godz. pozadyżurowe, godz. dyżuru medycznego - łącznie max. 200 godz. w miesiącu) –1 lekarz specjalista;

* **stawka za 1 godzinę pozadyżurową ……………. zł brutto**
* **stawka za 1 godzinę dyżuru med. ……………. zł brutto**

1. CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii wraz z wykonywaniem czynności Kierownika Zakładu Diagnostyki Obrazowej w Klinice Kardiologii (max. 180 godz. pozadyżurowych w miesiącu) – 1 lekarz specjalista;

* **stawka za 1 godzinę pozadyżurową ………………. zł brutto**

1. CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii, wykonywania zabiegów w Pracowni Elektrofizjologii Inwazyjnej wraz z wykonywaniem czynności zastępcy kierownika Kliniki Kardiologii (max. 180 godz. pozadyżurowych w miesiącu) - 1 lekarz specjalista;

* **stawka za 1 godzinę pozadyżurową ………………. zł brutto**

1. CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii i wykonywania pełnego zakresu zabiegów (diagnostyka i leczenie) w zakresie naczyń wieńcowych, inwazyjnych zabiegów chorób strukturalnych oraz dyżurowania w ramach 24 godzinnego dyżuru interwencyjnego ostrych zespołów wieńcowych dla miasta Wrocławia w Klinice Kardiologii – (max. 110 godz. pozadyżurowych w miesiącu, dyżury medyczne) - 6 lekarzy specjalistów;

* **stawka za 1 godzinę pozadyżurową ……………. zł brutto**
* **stawka za 1 godzinę dyżuru med. ……………. zł brutto**

1. CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii wraz z wykonywaniem czynności Kierownika Klinicznego Oddziału Intensywnej Terapii Kardiologii, pełnienie dyżurów medycznych w Klinice Kardiologii oraz wykonywania pełnego zakresu zabiegów ( diagnostyka i leczenie) w zakresie naczyń wieńcowych oraz dyżurowania w ramach 24 godzinnego dyżuru interwencyjnego ostrych zespołów wieńcowych dla miasta Wrocławia (max. 170 godz. pozadyżurowych w miesiącu, dyżury medyczne) – 1 lekarz specjalista;

* **stawka za 1 godzinę pozadyżurową .......... zł brutto**
* **stawka za 1 godzinę dyżuru med. w Klinice Kardiologii .......... zł brutto**
* **stawka** **za 1 godzinę dyżuru medycznego - hemodynamicznego w Klinice Kardiologii............. zł brutto**

1. CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii wraz z wykonywaniem czynności Zastępcy Kierownika Klinicznego Oddziału Intensywnej Terapii Kardiologicznej w Klinice Kardiologii (max. 144 godz. pozadyżurowych w miesiącu, dyżury medyczne) – 1 lekarz specjalista;

* **stawka za 1 godzinę pozadyżurową ……………. zł brutto**
* **stawka za 1 godzinę dyżuru med. ……………. zł brutto**

1. CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii, wykonywania badań ultrasonograficznych serca i uczestnictwo w zespole leczenia inwazyjnego chorób strukturalnych serca w Klinice Kardiologii (max. 180 godz. pozadyżurowych w miesiącu) – 2 lekarzy specjalistów;

* **stawka za 1 godzinę pozadyżurową ………………. zł brutto**

1. CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii wykonywania badań ultrasonograficznych układu naczyniowego, jamy brzusznej, konsultacje kardiologiczne szpitalne i komisji wojskowo-lekarskiej oraz koordynowanie programu KOS – zawał w Klinice Kardiologii (max. 190 godz. pozadyżurowych w miesiącu) - 1 lekarz specjalista;

* **stawka za 1 godzinę pozadyżurową ………………. zł brutto**
* **stawka za 1 konsultację kardiologiczna na potrzeby RWKL.............zł brutto**

1. CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii i wykonywania zabiegów w Pracowni Elektrofizjologii Inwazyjnej wraz z wykonywaniem czynności Zastępcy Kierownika Pracowni Elektrofizjologii Inwazyjnej oraz pełnienia dyżurów medycznych w Klinice Kardiologii (max. 200 godz. pozadyżurowych w miesiącu, dyżury medyczne) – 1 lekarz specjalista;

* **stawka za 1 godzinę pozadyżurową ………….. zł brutto**
* **stawka za 1 godzinę** **dyżuru med. w Klinice Kardiologii …………. zł brutto**

1. CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii w ramach dyżurów medycznych pełnionych w Klinice Kardiologii Ośrodka Chorób Serca 4.WSzKzP SPZOZ (min. 40 godz. w miesiącu, max. 96 godz. w miesiącu) – 2 lekarzy specjalistów;

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

1. CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii, wykonywania badań ultrasonograficznych serca i kierowanie zespołem leczenia inwazyjnego chorób strukturalnych serca w Klinice Kardiologii (max. 180 godz. pozadyżurowych w miesiącu) – 1 lekarz specjalista;

* **stawka za 1 godzinę pozadyżurową ………………. zł brutto**

1. CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii, wykonywania badań ultrasonograficznych serca i uczestnictwo w zespole leczenia inwazyjnego chorób strukturalnych serca oraz pełnienie dyżurów medycznych w Klinice Kardiologii (max. 180 godz. pozadyżurowych w miesiącu, dyżury medyczne) – 1 lekarz specjalista;

* **stawka za 1 godzinę pozadyżurową ……………. zł brutto**
* **stawka za 1 godzinę dyżuru med. ……………. zł brutto**

1. CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii, wykonywania ablacji i implantacji stymulatorów serca w Pracowni Elektrofizjologii Inwazyjnej w Klinice Kardiologii oraz kontroli urządzeń w Poradni Kontroli Stymulatorów i Kardiowerterów (max. 80 godz. w miesiącu w Pracowni Elektrofizjologii Inwazyjnej; max. 80 godz. w miesiącu w Poradni Kontroli Stymulatorów i Kardiowerterów, łącznie max. 160 godz. w miesiącu) – 1 lekarz specjalista;

* stawka za **1 godzinę** **pozadyżurową** udzielania świadczeń zdrowotnych **w Pracowni Elektrofizjologii Inwazyjnej …………… zł brutto**
* stawka za **1 godzinę** **pozadyżurową** udzielania świadczeń zdrowotnych **w Poradni Kontroli Stymulatorów i Kardiowerterów** **……………. zł brutto**

1. CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii, wykonywania zabiegów w Pracowni Elektrofizjologii Inwazyjnej w Klinice Kardiologii i pełnienia dyżurów medycznych w Klinice Kardiologii (max. 200 godz. pozadyżurowych w miesiącu, dyżury medyczne w Klinice Kardiologii) – 1 lekarz specjalista;

* **stawka za 1 godzinę pozadyżurową ……………. zł brutto**
* **stawka za 1 godzinę dyżuru med. ……………. zł brutto**

1. CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii, wykonywania zabiegów w Pracowni Elektrofizjologii Inwazyjnej oraz dyżurowania w ramach 24 godzinnego dyżuru interwencyjnego ostrych zespołów wieńcowych dla miasta Wrocławia w Klinice Kardiologii (max. 200 godz. pozadyżurowych w miesiącu, dyżury medyczne w Klinice Kardiologii) – 1 lekarz specjalista;

* **stawka za 1 godzinę pozadyżurową ……………. zł brutto**
* **stawka za 1 godzinę dyżuru med. ……………. zł brutto**

1. CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżurów medycznych (drugi lekarz) w zakresie kardiologii w Klinice Kardiologii Ośrodka Chorób Serca 4WSzKzP SP ZOZ we Wrocławiu (min 40 godz., max. 80 godz. dyżurów medycznych w miesiącu) – 2 lekarzy w trakcie specjalizacji;

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

1. CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii, pełnienia dyżurów medycznych w Klinice Kardiologii i kontroli urządzeń w Poradni Kontroli Stymulatorów i Kardiowerterów (max. 90 godz. w miesiącu dyżurów medycznych w Klinice Kardiologii, max. 120 godz. w miesiącu w Poradni Kontroli Stymulatorów i Kardiowerterów) – 1 lekarz specjalista;

* **stawka za 1 godzinę dyżuru med. w Klinice Kardiologii …………. zł brutto**
* stawka za **1 godzinę** **pozadyżurową** udzielania świadczeń zdrowotnych **w godzinach kontroli urządzeń w Poradni Kontroli Stymulatorów i Kardiowerterów** **……………. zł brutto**

1. CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii, wykonywania badań ultrasonograficznych serca i uczestnictwo w zespole leczenia inwazyjnego chorób strukturalnych serca w Klinice Kardiologii (min. 50 godz., max. 120 godz. pozadyżurowych w miesiącu) – 1 lekarz specjalista;

* **stawka za 1 godzinę pozadyżurową ……………. 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 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

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

data ( pieczątka i podpis )