**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:

**ZAKRES 1)** CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie okulistyki w Klinicznym Oddziale Okulistycznym i poradniach okulistycznych 4 WSzKzP SP ZOZ oraz udzielanie świadczeń w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym z Izbą Przyjęć **(min. 40 godz., max. 160 godz. pozadyżurowych w miesiącu, dyżury medyczne) – 3 lekarzy specjalistów:**

1. stawka **................ zł brutto** za 1 godzinę w czasie pozadyżurowym
2. stawka **................ zł brutto** za 1 godzinę dyżuru medycznego
3. stawka **................ zł brutto** za 1 godzinę pracy w Poradni

**ZAKRES 2)** CPV 85111100-1 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie okulistyki w Klinicznym Oddziale Okulistycznym i Poradniach okulistycznych 4 WSzKzP SP ZOZoraz w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym z Izbą Przyjęć (**min.40 godz., max. 160 godz. pozadyżurowych w miesiącu, dyżury medyczne**) - **1 lekarz specjalista**:

1) stawka **................ zł brutto** za 1 godzinę w czasie pozadyżurowym

2) stawka **................ zł brutto** za 1 godzinę dyżuru medycznego

3) stawka **................ zł brutto** za 1 godzinę pracy w Poradni

**ZAKRES 3)** CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie okulistyki w Klinicznym Oddziale Okulistycznym i Poradniach okulistycznych oraz Szpitalnym Oddziale Ratunkowym z Izbą Przyjęć 4 WSzKzP SP ZOZ wraz wykonywaniem czynności Kierownika Oddziału Okulistycznego „Jednego Dnia” **(min. 40 godz., max. 160 godz. pozadyżurowych w miesiącu, dyżury medyczne) – 1 lekarz specjalista:**

1) stawka **................ zł brutto** za 1 godzinę w czasie pozadyżurowym

2) stawka **................ zł brutto** za 1 godzinę dyżuru medycznego

3) stawka **................ zł brutto** za 1 godzinę pracy w Poradni

**ZAKRES 4)** CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie medycyny nuklearnej w Zakładzie Medycyny Nuklearnej **(godziny pracy wg harmonogramu)** - **1 lekarz specjalista:**

* **stawka miesięczna ryczałtowa brutto ……………………………**
* kwartalny dodatek ……….. % kwoty stanowiącej ……% dochodu Zakładu (bez nadlimitu) zgodnie z ustaleniami ogólnymi z działem księgowości uwzględniającymi ilość wykonanych punktów przez Zakład w okresie rozliczeniowym.

**ZAKRES 5)** CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie medycyny nuklearnej wraz z wykonywaniem czynności Kierownika w Zakładzie Medycyny Nuklearnej **(godz. pracy wg harmonogramu) – 1 lekarz specjalista:**

* **stawka miesięczna ryczałtowa brutto ……………………………**
* kwartalny dodatek ……….. % dochodu Zakładu (bez nadlimitu) zgodnie z ustaleniami ogólnymi z działem księgowości uwzględniającymi ilość wykonanych punktów przez Zakład w okresie rozliczeniowym.

Umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych zostanie zawarta na okres:

**ZAKRES 1-3** od dnia **01.09.2023r.** do dnia **30.11.2025r.**

**ZAKRES 4-5** od dnia **01.09.2023r.** do dnia **30.06.2024r.**

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 )