Załącznik nr 4

**Oferta na przyjęcie obowiązków w zakresie**

**udzielania świadczeń zdrowotnych**

Pełna nazwa Oferenta (zgodnie z właściwym rejestrem):

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

Numer wpisu do właściwego rejestru (właściwej Izby Lekarskiej lub innego organu rejestrowego):

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

Regon:

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

NIP:

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

Pesel:

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

Bank:

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

Nr rachunku bankowego:

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

Adres praktyki :

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

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

Adres zamieszkania:

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

Telefon:

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

E-mail:

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

Nr prawa wykonywania zawodu i data jego uzyskania:

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

Kwalifikacje zawodowe (posiadane specjalizacje, stopień specjalizacji i data uzyskania specjalizacji):

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

Niniejszym składam ofertę na przejęcie obowiązków w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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:

**stawka za 1 godzinę dyżuru …………………………zł. brutto (minimalnie 72 godz. w miesiącu maksymalnie 180 godz. w miesiącu).**

**Opisy badań diagnostycznych w czasie poza pełnionymi dyżurami**

**Badania TK**

1. Badanie TK głowy …………zł. brutto
2. Badanie szyi ………….zł. brutto
3. Badanie zatok……………zł. brutto
4. Badanie oczodołów……………zł. brutto
5. Badanie kręgosłupa szyjnego ………….zł. brutto
6. Badanie kręgosłupa piersiowego …………..zł. brutto
7. Badanie kręgosłupa lędźwiowego………………zł. brutto
8. Badanie twarzoczaszki oraz poszczególnych stawów……………..zł. brutto
9. Badanie klatki piersiowej……………zł. brutto
10. Badanie jamy brzusznej……………..zł. brutto
11. Badanie miednicy………………zł. brutto
12. Badanie angio-TK (tt. mózgowych, tt. dogłowowych, aorty piersiowej, aorty brzusznej, tt. płucnych, tt. kończynowych……………zł. brutto
13. Badanie CCT…………..zł. brutto
14. Badanie TAVI…………..zł. brutto

**Badania MR**

1. MR głowy……………..zł. brutto
2. MR przysadki…………….zł. brutto
3. MR szyi……………..zł. brutto
4. MR kręgosłupa szyjnego……………zł. brutto
5. MR kręgosłupa piersiowego………………zł. brutto
6. MR kręgosłupa lędźwiowego………………zł. brutto
7. MR jamy brzusznej……………..zł. brutto
8. MR miednicy………………zł. brutto
9. MR stawu kolanowego……….……zł. brutto
10. MR stawu biodrowego……………..zł. brutto
11. MR stawu skokowego…………….zł. brutto
12. MR stawu łokciowego……………..zł. brutto
13. Angio MR……….…..zł. brutto
14. MRCP…………..zł. brutto
15. Badanie CMR…………..zł. brutto

**Badania CR + badania kontrastowe**

1. Opis badania RTG…………..zł brutto
2. Urografia (wykonanie + opis)……………zł. brutto
3. Fistulografia (wykonanie + opis)……………zł. brutto
4. Badanie górnego odcinka przewodu pokarmowego (wykonanie + opis)……………zł. brutto
5. Badanie dolnego odcinka przewodu pokarmowego (wykonanie + opis)……………zł. brutto

**Badania USG**

1. Badanie USG jamy brzusznej…………..zł brutto
2. Badanie USG szyi…………..zł brutto
3. Badanie USG tarczycy…………..zł brutto
4. Badanie USG ślinianek…………..zł brutto

**Proponuję zawarcie umowy na świadczenia zdrowotne w zakresie……………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………………………. na okres od ………………………. do ………………………**

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 22 grudnia 2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2011r. nr 293
poz. 1729).

3.Oświadczam, że posiadam uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych.

4.Oświadczam, że w ramach prowadzonej praktyki lekarskiej świadczę usługi dla ludności i samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.

5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wynikających z postepowania konkursowego w celu realizacji umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne zgodnie
z ustawą o ochronie danych osobowych z 29.08.1997 r. (tj. Dz. U. 2016 r poz. 922 z późn. zm.)

6. Na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych

(tj. Dz. U. 2016 r poz. 922 z późn. zm.) przyjmuję do wiadomości :

* Administratorem moich danych osobowych jest 4 WSK z P SP ZOZ we Wrocławiu z siedzibą przy

ul. R. Weigla 5 50-981 Wrocław;

* Moje dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji umowy z 4 WSKzP SPZOZ we Wrocławiu.,
* Będę posiadał/a prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania;
* Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do zapewnienia właściwej realizacji postepowania konkursowego.

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

 Data ( pieczątka i podpis )