Załącznik Nr 1

**Oferta na przyjęcie obowiązków w zakresie**

**udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach umowy zlecenia**

Pełna nazwa Oferenta:

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

Pesel:

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

Adres zamieszkania:

(dzielnica/gmina)………………………………………………………………………………………………………………………………

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

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

 **4 WSzKzP SPZOZ**

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.

Za realizację zamówienia oczekuję należności wg następującej kalkulacji:

**ZAKRES 1)** CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach Programu kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Poradni Zaburzeń Prokreacji i Leczenia Endometriozy przy Klinicznym Oddziale Ginekologii Onkologicznej -1 lekarz (max. 50 godz. w miesiącu)

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

Umowa na okres od dnia **01.04.2019r.** do dnia **30.06.2020r.**

**ZAKRES 2)** CPV 85000000-9 Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w zakresie wykonywania badania USG wątroby przeszczepionej z oceną układu wrotnego w Klinicznym Oddziale Chirurgii Transplantacyjnej 4WSzKzP SPZOZ we Wrocławiu-1 lekarz (max. 25 godz dla 1 Zleceniobiorcy)

**stawka za badanie ………………………………………………………………………. zł brutto.**

Umowa na okres od dnia **01.04.2019 r.** do dnia **31.12.2020r.**

**ZAKRES 3)** CPV 85141000-9 Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez diagnostę laboratoryjnego w zakresie wykonywania badań specjalistycznych, w tym m.in. badanie nasienia (ogólne, morfologia), dokształcenie specjalistyczne diagnostów i techników, w związku z uruchomieniem Narodowego Programu Prokreacji w WSzKzP SPZOZ (min.80 godz., max. 100 godzin w miesiącu dla 1 Zleceniobiorcy) -1 diagnosta

**stawka ryczałtowa……………………………………………. zł brutto.**

Umowa na okres od dnia **01.04.2019r.** do dnia **30.06.2019r.**

1.Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach uzgodnionych z Udzielającym zamówienia.

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

3. 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. (Dz. U. 2015 r poz. 2135 z dnia 16.12.2015 r.
z późniejszymi zmianami)

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

(Dz. U. 2015 r poz. 2135 z dnia 16.12.2015 r.), 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 postępowania konkursowego.

 .....................................................

 Data i podpis