**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 i data uzyskania specjalizacji):

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

**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 – **wypełnić odpowiedni zakres:**

Umowa na świadczenia zdrowotne w ww. zakresie od dnia **01.07.2022r.** do dnia **31.12.2023r. (Zakres 1, 2, 3,4)**

**Zakres 1)** CPV 85110000-3 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie dietetyki w Poradni Zaburzeń Prokreacji i Leczenia Endometriozy i Poradni Ginekologii Onkologicznej przy Klinicznym Oddziale Ginekologii Onkologicznej i Prokreacyjnej w ramach realizacji Programu kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego oraz Programu UM Wrocław pn. „Endometrioza, choroba kobiet w każdym wieku” **(maksymalnie 150 godz. w miesiącu)** – **1 lekarz**

* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto**
* **…………………zł brutto w ramach Programu UM Wrocław pn. „Endometrioza, choroba kobiet w każdym wieku”**

**Zakres 2)** CPV 85121270-6 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie psychologii w Poradni Zaburzeń Prokreacji i Leczenia Endometriozy i Poradni Ginekologii Onkologicznej przy Klinicznym Oddziale Ginekologii Onkologicznej i Prokreacyjnej w ramach realizacji Programu kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego oraz Programu UM Wrocław pn. „Endometrioza, choroba kobiet w każdym wieku” **(maksymalnie 100 godz. w miesiącu)** – **1 psycholog**

* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto**
* **…………………zł brutto w ramach Programu UM Wrocław pn. „Endometrioza, choroba kobiet w każdym wieku”**

**Zakres 3)** CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie endokrynologii w Poradni Zaburzeń Prokreacji i Leczenia Endometriozy przy Klinicznym Oddziale Ginekologii Onkologicznej i Prokreacyjnej w ramach realizacji Programu kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego oraz Programu UM Wrocław pn. „Endometrioza, choroba kobiet w każdym wieku” **(maksymalnie 100 godz. w miesiącu)** – **1 lekarz specjalista**

* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto**
* **…………………zł brutto w ramach Programu UM Wrocław pn. „Endometrioza, choroba kobiet w każdym wieku”**

**Zakres 4)** CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie urologii przez specjalistę lub lekarza w trakcje specjalizacji z urologii w Poradni Zaburzeń Prokreacji i Leczenia Endometriozy przy Klinicznym Oddziale Ginekologii Onkologicznej i Prokreacyjnej w ramach realizacji Programu kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego oraz Programu UM Wrocław pn. „Endometrioza, choroba kobiet w każdym wieku” **(maksymalnie 100 godz. w miesiącu)** – **1 lekarz**

* **stawka za 1 godzinę …………………zł brutto**
* **…………………zł brutto w ramach Programu UM Wrocław pn. „Endometrioza, choroba kobiet w każdym wieku”**

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

2. Oświadczam, że posiadam aktualną polisę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej i NNW;

3. 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)
i NNW;

4. Oświadczam, że posiadam aktualne badania profilaktyczne.

5. Oświadczam, że posiadam aktualną książeczkę sanitarno-epidemiologiczną lub orzeczenie do celów sanitarno-epidemiologicznych i zobowiązuję się do okazania jej/go Inspektorowi przed przystąpieniem do szkolenia z zakresu BHP.

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

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

8. 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 )