**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, 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:

**Umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych** zostaną zawarte na okres:

**Zakres 1 od dnia 01.09.2022r. do dnia 31.05.2024r.**

**Zakres 2,3 od dnia 01.09.2022r. do dnia 31.08.2024r.**

**Zakres 4 od dnia 01.09.2022r. do dnia 31.03.2024r.**

**Zakres 5 od dnia 01.08.2022r. do dnia 31.07.2023r.**

**Zakres 1)** CPV 85111100-1 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie okulistyki w Klinicznym Oddziale Okulistycznym i Poradniach okulistycznych 4 WSzKzP SP ZOZoraz w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (**min.40 godz. w miesiącu, max. 200 godz. pozadyżurowych w miesiącu, dyżury medyczne**) - **1 lekarz specjalista**:

* **stawka za 1 godzinę pozadyżurową …………………. zł brutto**
* **stawka za 1 godzinę dyżuru …………………. zł brutto**
* **stawka za 1 godzinę pracy w Poradni …………………. zł brutto**

**Zakres 2)** CPV 85111100-1 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii szczękowo-twarzowej w Klinicznym Oddziale Chirurgii Szczękowo-Twarzowej (**max. 50 godz. pozadyżurowych w miesiącu**) - **1 lekarz specjalista**:

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

**Zakres 3)** CPV 85111100-1 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii klatki piersiowej i chirurgii ogólnej w Klinice Chirurgicznej (**max. 150 godz. pozadyżurowych w miesiącu, max. 180 godz. dyżuru medycznego w miesiącu, dyżury pod telefonem**) - **1 lekarz specjalista:**

* **stawka za 1 godzinę pozadyżurową ………….. zł brutto**
* **stawka za 1 godzinę dyżuru medycznego ………….. zł brutto**
* **stawka za 1 godzinę dyżuru po telefonem ………….. zł brutto**

**Zakres 4)** CPV 85000000-9 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie lekarza podstawowej opieki

zdrowotnej w Przychodni POZ przy Centrum Szkolenia Wojsk Inżynieryjnych i Chemicznych we Wrocławiu

ul. Obornicka 108 (**max.100 godz. w miesiącu**) - **2 lekarzy**:

* **…….%** przychodu z NFZ od zadeklarowanej liczby pacjentów (do lekarza) przypadających na miesięczny okres rozliczeniowy, a w przypadku długotrwałej nieobecności jednego z lekarzy 40% przychodu NFZ od pacjentów zadeklarowanych do nieobecnego lekarza przypadających na miesięczny okres rozliczeniowy

**Zakres 5)** CPV 85121200-5 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii

w Klinicznym Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii 4 Wojskowego Szpitala Klinicznego

z Polikliniką SP ZOZ oraz w Poradni Anestezjologicznej wraz z pełnieniem funkcji zastępcy Kierownika

Klinicznego Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii (**min. 48 godz. w miesiącu**)

– **1 lekarz specjalista:**

* **stawka za 1 godzinę pozadyżurową ………….. zł brutto**
* **stawka za 1 godzinę dyżuru medycznego ………….. zł brutto**
* **stawka za 1 godzinę pracy w Poradni Anestezjologicznej ………….. zł brutto**
* **wynagrodzenie** za czynności związanych z pobieraniem narządów od dawcy, u którego stwierdzono zgon wskutek śmierci mózgu lub nieodwracalnego zatrzymania krążenia, czynności związanych z pobieraniem szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej od żywego dawcy oraz ich przechowywaniem, przetwarzaniem, sterylizacją i dystrybucją wypłacane zgodnie z załącznikiem nr 2a do rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 22 marca 2010 r.
* **wynagrodzenie za udział w procedurach pobrań i przeszczepów** wypłacane zgodnie z algorytmem aktualnie zatwierdzonym przez Komendanta 4. WSzKzP SP ZOZ ( do wglądu w Dziale Kadr)

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 )