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 SP ZOZ**

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.

**Termin rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych i czas zawarcia umowy:**

**Zakres 1** od dnia **01.02.2023r.** do dnia **31.01.2024r.**

**Zakres 2,3,4** od dnia **01.02.2023r.** do dnia **31.01.2025r.**

**Za realizację zamówienia oczekuję należności wg następującej kalkulacji:**

**ZAKRES 1)** CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pełnienia dyżurów przez lekarza w trakcie specjalizacji z chorób wewnętrznych w Klinice Chorób Wewnętrznych w 4 WSzKzP we Wrocławiu. -**1 lekarz** (min.40 godz, max.120 godzin w miesiącu)

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

**ZAKRES 2)** CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie przygotowania materiału tkankowego do diagnostyki histopatologicznej przez lekarza w trakcie specjalizacji z patomorfologii w Zakładzie Patomorfologii 4 WSzKzP SPZOZ- **1 lekarz** (min.20 godz., max. 80 godz. w miesiącu dla 1 Zleceniobiorcy)

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

**ZAKRES 3)** CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania mikroskopowej diagnostyki preparatów przez lekarza patomorfologa w Zakładzie Patomorfologii 4 WSzKzP SPZOZ- **1 lekarz specjalista** (max. 80 godz. w miesiącu dla 1 Zleceniobiorcy)

**stawka ……………..zł brutto za 1 preparat ( max 200 preparatów w miesiącu)**

**ZAKRES 4)** CPV 85111200-2 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach konsultacji patomorfologicznych udzielanych przez lekarza patomorfologa w Zakładzie Patomorfologii - **1 lekarz specjalista** (min.20 godz., max. 25 godz. w miesiącu dla 1 Zleceniobiorcy)

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

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 2021r.
poz. 711).

3. Oświadczam, że posiadam aktualne badania profilaktyczne.

4. 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.

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 i podpis