**Załącznik nr 1**

**Oferta na przyjęcie obowiązków w zakresie**

**udzielania świadczeń zdrowotnych**

Pełna nazwa Oferenta (w przypadku umowy kontraktowej nazwa firmy zgodnie z CEIDG):

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

Numer księgi właściwej Izby Pielęgniarskiej lub innego organu rejestrowego (jeśli dotyczy)

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

Regon (w przypadku umowy kontraktowej):

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

NIP (w przypadku umowy kontraktowej):

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

Pesel:

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

Adres praktyki (jeśli dotyczy):

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

Adres zamieszkania:

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

*(Informacja dotycząca zmiany adresu w przypadku, kontynuacji udzielania świadczeń dla Udzielającego zamówienie:* ***adres uległ zmianie TAK, NIE (właściwe zakreślić))***

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 )

Umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych zostaną zawarte na okres:

**zakres 1, 4 od dnia 01.02.2024 r. do dnia 31.01.2025 r.**

**zakres 2 od dnia 01.02.2024r. do dnia 31.01.2026r.**

**zakres 3 od dnia 01.02.2024 r. do dnia 31.03.2025 r.**

Za realizację zamówienia oczekuję należności wg następującej kalkulacji:

ZAKRES 1) CPV 85141200-1 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania czynności zawodowych pielęgniarki w Klinicznym Oddziale Urologicznym oraz w innych oddziałach Szpitala w 4 WSzKzP SPZOZ we Wrocławiu (min. 72 godz, max. 200 godz. w miesiącu)- 4 pielęgniarki

**stawka …………………zł brutto za godzinę**

wynagrodzenie za udział w DILO

ZAKRES 2) CPV 85141200-1 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania czynności zawodowych pielęgniarki w Klinicznym Oddziale Psychiatrycznym i Leczenia Stresu Bojowego w 4WSzK SPZOZ (min 36 godz. w miesiącu, max. 140 godz. dla jednego Zleceniobiorcy)- 2 pielęgniarki

**stawka …………………zł brutto za godzinę**

ZAKRES 3) CPV 85141200-1 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania czynności zawodowych pielęgniarki w Zakładzie Radiologii Lekarskiej i Diagnostyki Obrazowej w 4WSzK SPZOZ.(min. 50 godz, max. 150 godz. dla jednego Zleceniobiorcy)- 3 pielęgniarki

**stawka …………………zł brutto za godzinę**

ruchomy dodatek kwartalny

wynagrodzenie za udział w DILO

ZAKRES 4) CPV 85141200-1 Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania czynności zawodowych pielęgniarki w Klinicznym Oddziale Gastroenterologicznym w Klinice Chorób Wewnętrznych w 4WSzK SPZOZ (min. 15 godz, max. 150 godz. w miesiącu)- 1 pielęgniarka

**stawka …………………zł brutto za godzinę**

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.(dotyczy osób prowadzących działalność gospodarczą).~~
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 )