Załącznik nr 1

**Oferta na przyjęcie obowiązków w zakresie**

**udzielania świadczeń zdrowotnych**

Pełna nazwa Oferenta (zgodnie z właściwym rejestrem):

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

Numer wpisu do właściwego rejestru:

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

Regon:

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

NIP:

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

Pesel:

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

Bank:

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

Nr rachunku bankowego:

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

Adres praktyki:

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

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

Adres zamieszkania:

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

Telefon:

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

E-mail:

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

Nr prawa wykonywania zawodu i data jego uzyskania:

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

Niniejszym składam ofertę na przejęcie obowiązków w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w

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

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:

**stawka miesięczna ryczałtowa brutto ……………………………** **za minimum 160 godz. udzielonych w miesiącu świadczeń zdrowotnych.**

**Proponuję zawarcie umowy na świadczenia zdrowotne w zakresie……………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………………………. na okres od …………………………….. do ………………......................**

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

2. Zobowiązuję się do przedłożenia najpóźniej w dniu rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych polisy 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 2011r. nr 293 poz. 1728).

3.Oświadczam, że posiadam uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.

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

5.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)

6. 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 postepowania konkursowego

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

Data ( pieczątka i podpis)