Załącznik nr 2 - Formularz ofertowy

###### FORMULARZ OFERTOWY

**Konkurs ofert na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych na Oddziale Położniczo-Ginekologicznym, na Bloku Operacyjnym i na Izbie Przyjęć w SP ZOZ Zespole Szpitali Miejskich w Chorzowie w godzinach normalnej ordynacji lekarskiej oraz/lub poza godzinami normalnej ordynacji lekarskiej**

………………….……… , dnia …………………

*miejscowość*

1. **DANE OFERENTA**
2. Imię nazwisko:

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

1. Adres zamieszkania:

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

1. Pełna nazwa i siedziba prowadzonej działalności gospodarczej:

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

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

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

1. Nr PESEL:

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

1. Nr NIP:

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

1. Nr telefonu:

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

1. Nazwa banku oraz nr konta bankowego

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

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

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

*(podpis i pieczątka firmowa oferenta)*

1. **CENA OFERTY**

Proponuję cenę za:

1. Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w Oddziale Położniczo-Ginekologicznym i na Bloku Ginekologicznym **w czasie normalnej ordynacji oddziału od 725 do 1500**:

……………..……....zł

słownie: ………………………..……………………………………………………………

brutto za 1 (jedną) godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych

1. Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w Oddziale Położniczo-Ginekologicznym, na Bloku Operacyjnym i na Izbie Przyjęć poza godzinami normalnej ordynacji lekarskiej w dzień powszedni **w godzinach od 1500 do 725:**

……………..……....zł

słownie: ………………………..……………………………………………………………

brutto za 1 (jedną) godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych

1. Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w Oddziale Położniczo-Ginekologicznym, na Bloku Operacyjnym i na Izbie Przyjęć poza godzinami normalnej ordynacji lekarskiej **w dni wolne od pracy**, **niedziele i święta w godzinach od 725 do 725**:

……………..……....zł

słownie: ………………………..……………………………………………………………

brutto za 1 (jedną) godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych

**III. OKRES NA JAKI MA BYĆ ZAWARTA UMOWA [zaznacz „X” właściwą pozycje]**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wyrażam zgodę**, by umowa o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne była zawarta na okres od **1 maja 2023 r. do 30 kwietnia 2028 r**. z możliwością przedłużenia na kolejny okres aneksem do umowy |  |

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

*(podpis i pieczątka firmowa oferenta)*

**IV. OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem/-am się z ogłoszeniem o konkursie ofert oraz ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert, w tym z projektem umowy oraz nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w ofercie na potrzeby przeprowadzenia konkursu ofert organizowanego przez SP ZOZ Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie.
3. Zostałam/łem poinformowana/ny przez Administratora Danych Osobowych, tj. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie, ul. Strzelców Bytomskich 11, 41-500 Chorzów, NIP: 6271923530, REGON: 271503410, KRS: 0000011939 o tym, że:
4. podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz konieczne w celu uwzględnienia mojej osoby w konkursie ofert,
5. przysługuje mi prawo żądać od Administratora dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych i prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do cofnięcia zgody na ich przetwarzanie w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem,
6. dane osobowe będą przechowywane do momentu zakończenia konkursu ofert, nie dłużej jednak niż przez okres 1 roku od dnia przekazania dokumentów rekrutacyjnych,
7. moje dane nie będą podlegały zautomatyzowanemu przetwarzaniu.

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

*(podpis i pieczątka firmowa oferenta)*