

FORMULARZ OFERTOWY

Konkurs ofert na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych na Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i na Bloku operacyjnym w SP ZOZ Zespole Szpitali Miejskich w Chorzowie w godzinach normalnej ordynacji lekarskiej oraz poza godzinami normalnej ordynacji lekarskiej (w przypadku zabiegów operacyjnych)

....., dnia
miejsowość

I. DANE OFERENTA

1. Imię nazwisko:

.....

2. Adres zamieszkania:

.....

3. Pełna nazwa i siedziba prowadzonej działalności gospodarczej:

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

4. Nr PESEL:

.....

5. Nr NIP:

.....

6. Nr telefonu:

.....

7. Nazwa banku oraz nr konta bankowego

.....
.....

.....
(podpis i pieczęć firmowa oferenta)

II. CENA OFERTY

Proponuję cenę za:

1. Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w Oddziale chirurgii urazowo – ortopedycznej i na Bloku operacyjnym w czasie normalnej ordynacji oddziału od 7²⁵ do 15⁰⁰:
..... zł
słownie:
brutto za 1 (jedną) godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych
2. Nadzór nad pracą Oddziału Chirurgii Urazowo -Ortopedycznej oraz Izby Przyjęć poza godzinami normalnej ordynacji lekarskiej w dni powszednie, wolne od pracy, niedziele i święta.
..... zł
słownie:
brutto za 1 (jedną) godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych
3. Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych polegających na wykonywaniu zabiegu operacyjnego - **endoprotezy biodra z 2. asystami** wykonywanymi w sobotę jako:
 - **Operator:**,00- zł brutto (słownie: złotych 0/100)
 - **Asysta I:**,00 zł brutto (słownie: złotych 0/100)
 - **Asysta II:**,00 zł brutto (słownie: złotych 0/100)
4. Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych polegających na wykonywaniu zabiegu operacyjnego - **endoprotezy kolana z 1. asystą** wykonywany w sobotę jako:
 - **Operator:**,00 zł brutto (słownie: złotych 0/100)
 - **Asysta I:**,00 zł brutto (słownie: złotych 0/100)

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

Wyrażam zgodę, by umowa o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne była zawarta na okres od **1 czerwca 2023 r. do 31 maja 2028 r.** z możliwością przedłużenia na kolejny okres aneksem do umowy



.....
(podpis i pieczęćka 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:
 - a) podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz konieczne w celu uwzględnienia mojej osoby w konkursie ofert,
 - b) 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,
 - c) dane osobowe będą przechowywane do momentu zakończenia konkursu ofert, nie dłużej jednak niż przez okres 1 roku od dnia przekazania dokumentów rekrutacyjnych,
 - d) moje dane nie będą podlegały zautomatyzowanemu przetwarzaniu.

.....
(podpis i pieczęć firmowa oferenta)