Załącznik nr 2 - Formularz ofertowy

###### 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 …………………

 *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 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

1. 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

1. 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)
1. 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 pozycje]**

|  |  |
| --- | --- |
| **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 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)*