

## FORMULARZ OFERTOWY

**Konkurs ofert na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w Pionie Anestezjologicznym (pion pediatryczny) przez lekarzy posiadających specjalizację w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii SP ZOZ Zespołu Szpitali Miejskich w Chorzowie**

..... , dnia .....  
*miejsowość*

### I. DANE OFERENTA

1. Imię nazwisko:

.....

2. Adres zamieszkania:

.....

3. Pełna nazwa i siedziba prowadzonej działalności gospodarczej<sup>1</sup>:

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

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 w wysokości:

- (a) ..... zł brutto (słownie: ..... złotych) za 1 (jedną) godzinę udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych;
- (b) ..... zł brutto (słownie: ..... złotych) wypłacane dodatkowo za wykonanie 1 (jednego) znieczulenia pacjenta – za wykonaną procedurę;
- (c) ..... zł brutto (słownie: ..... złotych) za wykonanie 1 (jednej) udokumentowanej konsultacji w Poradni Konsultacyjnej Anestezjologicznej;
- (d) ..... zł brutto (słownie: ..... złotych) za wykonanie 1 (jednego) znieczulenia pacjenta (dziecka) do zabiegu z zakresu laryngologii w dzień wolny od pracy (sobota, niedziela).

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

<p><b>Wyrażam zgodę</b>, by umowa o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne była zawarta na okres od <b>1 października 2023 r. do 30 września 2028 r.</b> z możliwością przedłużenia na kolejny okres aneksem do umowy</p>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

.....  
(podpis i pieczętka 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)