Załącznik nr 2 - Formularz ofertowy

Znak sprawy: ZSM/KO/OChMD/**L**/19/2023

FORMULARZ OFERTOWY

do konkursu ofert na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych na Oddziale Chirurgii z Ośrodkiem Chirurgii Małoinwazyjnej dla Dzieci, Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu dla Dzieci oraz Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w SP ZOZ Zespole Szpitali Miejskich w Chorzowie poza godzinami normalnej ordynacji lekarskiej

……..…… , dnia ……
miejscowość

I. DANE OFERENTA

1. Imię nazwisko (lub Firma):

   .....

2. Pełna nazwa i siedziba prowadzonej działalności gospodarczej:

   .....

   .....

3. Nr NIP:

   .....

4. Nr REGON:

   .....

5. Nr telefonu:

   .....

6. Adres e-mail:

   .....

.....
(podpis i pieczątka firmowa oferenta)

II. CENA OFERTY

Proponuję cenę [**lekarz posiadający specjalizację lub lekarz specjalista**]:

a) ……..……..... zł brutto (słownie: ……..…… zł) za 1 (jedną) godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chirurgii Dziecięcej oraz Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu dla Dzieci (w tym na Bloku Operacyjnym)

b) ……..……..... zł brutto (słownie: ……..…… zł) za 1 (jedną) godzinę udzielania świadczeń zdrowotny w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym

c) ……..……..... zł brutto (słownie: ……..…… zł) **płatne dodatkowo** za 1 (jedną) godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w przypadku dyżuru zabezpieczonego przez jedną osobę.

Proponuję cenę [**lekarz nie posiadający specjalizacji**]:

a) ……..……..... zł brutto (słownie: ……..…… zł) za 1 (jedną) godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chirurgii Dziecięcej oraz Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu dla Dzieci (w tym na Bloku Operacyjnym)

b) ……..……..... zł brutto (słownie: ……..…… zł) za 1 (jedną) godzinę udzielania świadczeń zdrowotny w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym

c) ……..……..... zł brutto (słownie: ……..…… zł) **płatne dodatkowo** za 1 (jedną) godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w przypadku dyżuru zabezpieczonego przez jedną osobę.

III. OKRES JAKI MA BYĆ ZAWARTA UMOWA [zaznacz „X" właściwą pozycje]

Wyrażam zgodę, by umowa o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne będzie zawarta na okres od **1 października 2023 r. do 30 września 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:
   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 pieczątka firmowa oferenta)