Załącznik nr 2 - Formularz ofertowy

###### FORMULARZ OFERTOWY

**na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w Oddziale AiIT dla dzieci oraz w Oddziale AiIT dla dorosłych w SP ZOZ Zespole Szpitali Miejskich w godzinach normalnej ordynacji lekarskiej oraz 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]](#footnote-1):

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

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

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

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 w wysokości:

|  |
| --- |
| Lokalizacja: **Władysława Truchana 7** |
|  | **…………..,……. zł brutto** (słownie: ………………. 00/100) za 1 (jedną) godzinę udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych oraz pełnienie dyżurów medycznych **w Pionie Anestezjologicznym w jednostce organizacyjnej zlokalizowanej przy ul. Truchana 7** |
|  | **…………..,……. zł brutto**  (słownie: ……………………..złotych 00/100) za 1 (jedną) godzinę udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych w godzinach popołudniowych **w** **Poradni Konsultacyjnej Anestezjologicznej zlokalizowanej przy. ul. Truchana 7;** |
|  | **…………..,……. zł brutto**  (słownie: ……………………… złotych 00/100) za każdą godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych oraz pełnienie dyżurów medycznych **w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii w jednostce organizacyjnej zlokalizowanej przy ul. Truchana 7** |
|  | **…………..,……. zł brutto**  (słownie: ………………… złotych 0/100) wypłacane dodatkowo **za wykonanie 1 (jednego) znieczulenia pacjenta** (– za wykonaną procedurę) w jednostce organizacyjnej zlokalizowanej **przy ul. Truchana 7** |
|  | **…………..,……. zł brutto** (słownie: ……………………….. złotych 0/100) za wykonanie 1 (jednej) udokumentowanej konsultacji **w Poradni Konsultacyjnej Anestezjologicznej przy ul. Truchana 7** |
|  | **…………..,……. zł brutto** (słownie: ………………….. …………… złotych 0/100) **za wykonanie 1 (jednego) znieczulenia pacjenta (dziecka) do zabiegu z zakresu laryngologii w dzień wolny od pracy (sobota, niedziela) przy ul. Truchana 7**. |
| Lokalizacja: **Strzelców Bytomskich 11** |
|  | **…………..,……. zł brutto** (słownie: …………………. złotych 0/100) za 1 (jedną) godzinę **udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych oraz pełnienie dyżurów medycznych w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz Pionie Anestezjologicznym** w jednostce organizacyjnej zlokalizowanej **przy ul. Strzelców Bytomskich 11** |

1. **OKRES NA JAKI MA BYĆ ZAWARTA UMOWA [zaznacz „X”]**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wyrażam zgodę**, by umowa o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne była zawarta na okres od **1 stycznia 2024 r. do 31 grudnia 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)*

1. O ile dotyczy [↑](#footnote-ref-1)