

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
miejsowość

I. DANE OFERENTA

1. Imię nazwisko:

.....

2. Adres zamieszkania:

.....

3. Pełna nazwa i siedziba prowadzonej działalności gospodarczej¹:

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

4. Nr PESEL:

.....

5. Nr NIP:

.....

6. Nr telefonu:

.....

7. Nazwa banku oraz nr konta bankowego

.....
.....

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

¹ O ile dotyczy

II. 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**
- a)
-,..... **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;**
- b)
-,..... **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**
- c)
-,..... **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**
- d)
-,..... **zł brutto** (słownie: złotych 0/100) za wykonanie 1 (jednej) udokumentowanej konsultacji w **Poradni Konsultacyjnej Anestezjologicznej przy ul. Truchana 7**
- e)
-,..... **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.**
- f)

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**
- g)

III. 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 pieczęć 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 pieczętka firmowa oferenta)