

FORMULARZ OFERTOWY

Konkurs ofert na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w ramach w Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Udarowym 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:

- (a) **zł brutto (słownie: złotych)** za 1 (słownie: jedną) godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w czasie normalnej ordynacji oddziału w godzinach od 7²⁵ do 15⁰
- (b) **zł brutto (słownie: złotych)** za 1 (słownie: jedną) godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w czasie dyżuru medycznego w dni powszednie w godzinach od 15⁰⁰ do 7²⁵ oraz w dni wolne od pracy, niedziela i święta w godzinach od 7²⁵ do 7²⁵
- (c) **zł brutto (słownie: złotych)** - wynagrodzenie ryczałtowe płatne miesięcznie za wykonywanie badań USG Doppler tętnic szyjnych i kręgowych w Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Udarowym.

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

<p>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</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)