

FORMULARZ OFERTOWY

Konkurs ofert na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chorób Wewnętrznych oraz w Izbie Przyjęć oraz wykonywaniu badań USG w SP ZOZ Zespole Szpitali Miejskich w Chorzowie

..... , 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:

1. w Oddziale Chorób Wewnętrznych:

- a) zł brutto (słownie: złotych 00/100) za 1 (jedną) godzinę udzielaniu lekarskich świadczeń zdrowotnych w **Oddziale Chorób Wewnętrznych poza godzinami normalnej ordynacji lekarskiej, tj. podczas dyżuru medycznego w dni powszednie od 15⁰⁰ do 7²⁵** ;
- b) zł brutto (słownie: złotych 00/100) za 1 (jedną) godzinę udzielaniu lekarskich świadczeń zdrowotnych w **Oddziale Chorób Wewnętrznych poza godzinami normalnej ordynacji lekarskiej, tj. podczas dyżuru medycznego w dni wolne od pracy, niedziele i święta od 7²⁵ do 7²⁵**;

2. w Izbie Przyjęć:

- c) zł brutto (słownie: złotych 00/100) za 1 (jedną) godzinę udzielaniu lekarskich świadczeń zdrowotnych w **Izbie Przyjęć poza godzinami normalnej ordynacji lekarskiej, tj. podczas dyżuru medycznego w dni powszednie od 15⁰⁰ do 7²⁵ oraz 7²⁵ do 19⁰⁰**
- d) zł brutto (słownie: złotych 00/100) za 1 (jedną) godzinę udzielaniu lekarskich świadczeń zdrowotnych w **Izbie Przyjęć poza godzinami normalnej ordynacji lekarskiej, tj. podczas dyżuru medycznego w dni wolne od pracy, niedziele i święta od 7²⁵ do 7²⁵**,

3. wykonywanie badań USG:

- e) zł brutto (słownie: złotych 00/100) za wykonanie 1 (jednego) badania ultrasonograficznego jamy brzusznej (**USG**) wraz z odpracowaniem badań i sporządzaniem opisów w zakresie obrazowania narządów **na potrzeby pacjentów wewnętrznych (szpitala)**
- f) zł brutto (słownie: złotych 00/100) za wykonanie 1 (jednego) badania ultrasonograficznego jamy brzusznej (**USG**) wraz z odpracowaniem badań i sporządzaniem opisów w zakresie obrazowania narządów **na potrzeby pacjentów podmiotów zewnętrznych (podmiotów leczniczych kierujących pacjentów na badania do szpitala)**

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 2024r. do 31 grudnia 2028 r.** z możliwością przedłużenia na kolejny okres aneksem do umowy



.....
(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 pieczętka firmowa oferenta)