Załącznik nr 2 - Formularz ofertowy

###### 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 …………………

 *miejscowość*

1. **DANE OFERENTA**
2. Imię nazwisko:

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

1. Adres zamieszkania:

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

1. Pełna nazwa i siedziba prowadzonej działalności gospodarczej[[1]](#footnote-2):

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

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

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

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:

**1. w Oddziale Chorób Wewnętrznych:**

1. ………………… 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 ;
2. ………………… 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:**

1. ………………… 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
2. ………………… 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:**

1. ………………… 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)**

1. ………………… 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)**

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 2024r. 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:

1. podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz konieczne w celu uwzględnienia mojej osoby w konkursie ofert,
2. 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,
3. dane osobowe będą przechowywane do momentu zakończenia konkursu ofert, nie dłużej jednak niż przez okres 1 roku od dnia przekazania dokumentów rekrutacyjnych,
4. moje dane nie będą podlegały zautomatyzowanemu przetwarzaniu.

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

*(podpis i pieczątka firmowa oferenta)*

1. O ile dotyczy [↑](#footnote-ref-2)