

FORMULARZ OFERTOWY

na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym z uwzględnieniem udzielania świadczeń w Zespole Transportu Sanitarnego (karetka transportowa „T”) oraz na Izbie Przyjęć w SP ZOZ Zespołu Szpitali Miejskich

..... , dnia
miejsowość

I. DANE OFERENTA

1. Imię i nazwisko (lub Firma):

.....

2. Pełna nazwa i siedziba prowadzonej działalności gospodarczej:

.....

.....

3. Nr NIP:

.....

4. Nr REGON:

.....

5. Nr telefonu:

.....

6. Adres e-mail:

.....

.....
(podpis i pieczętka firmowa oferenta)

II. CENA OFERTY

Proponuję ceną za udzielanie świadczeń:

- a) zł (..... złotych) brutto za 1 (jedną) godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w godzinach normalnej ordynacji lekarskiej, tj. od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 15:35.
- b) zł (..... złotych) brutto za 1 (jedną) godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych poza godzinami normalnej ordynacji lekarskiej, tj. od poniedziałku do piątku w godzinach od 15:35 do 8:00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele, święta, dni wolne od pracy oraz dni dodatkowo wolne od pracy w godzinach od 8:00 do 8:00 dnia następnego.
- c) zł (..... złotych) brutto płatne dodatkowo za 1 (jedną) godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w przypadku dyżuru zabezpieczonego przez jedną osobę

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

Wyrażam zgodę, by umowa o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne była zawarta na okres od **1 lutego 2024 r. do 31 stycznia 2029 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 pieczęć firmowa oferenta)