Załącznik nr 2 - Formularz ofertowy

###### FORMULARZ OFERTOWY

**Konkurs ofert na realizację** **świadczeń zdrowotnych w ramach pielęgniarskiej
- nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (ambulatoryjnej i wyjazdowej)
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. Nr PESEL:

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

1. Nr NIP:

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

1. Nr telefonu:

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

1. Nazwa banku oraz nr konta bankowego

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

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

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

*(podpis i pieczątka firmowa oferenta)*

1. **DANE OFERENTA W CELU WERYFIKACJI W REJESTRZE SPRAWCÓW PRZESTĘPSTW NA TLE SEKSUALNYM**
2. PESEL ………………………………………………………………………..…….……**.[[1]](#footnote-1)**
3. Data Urodzenia …………………………………………………………………………...
4. Imię Ojca**:** ……...……………………………………………………….………….….….
5. Imię Matki: ……………………………………………………………….……….…..….
6. Nazwisko Rodowe Oferenta: …….………………………………………………….……
7. **CENA OFERTY**

Proponuję cenę za udzielanie świadczeń w ramach Nocnej i Świątecznej Opieki (ambulatoryjnej i wyjazdowej):

1. **…………..,....** zł brutto (słownie: ………………………………………... złotych) za 1 (jedną) godzinę udzielania pielęgniarskich świadczeń zdrowotnych w dni powszednie,

a także w soboty, niedziele i inne wolne dni od pracy, w tym w święta ustawowo wolne od pracy;

1. **…………..,....** zł brutto (słownie: ……………………………….……... złotych) za jeden wyjazd realizowany w ramach świadczeń zdrowotnych nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w trakcie wyjazdu z lekarzem celem stwierdzenia zgonu,
2. **…………..,....** zł brutto (słownie: ……………………………………... złotych) za jeden wyjazd realizowany w ramach świadczeń zdrowotnych nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w trakcie wyjazdu z lekarzem celem stwierdzenia zgonu w NZOZ Zakładzie Pielęgnacyjno – Opiekuńczym Sp. P. AMICUS.
3. **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 kwietnia 2024 r. do 31 marca 2029 r**. z możliwością przedłużenia na kolejny okres aneksem do umowy |  |

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

*(podpis i pieczątka firmowa oferenta)*

1. **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:
4. podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz konieczne w celu uwzględnienia mojej osoby w konkursie ofert,
5. 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,
6. dane osobowe będą przechowywane do momentu zakończenia konkursu ofert, nie dłużej jednak niż przez okres 1 roku od dnia przekazania dokumentów rekrutacyjnych,
7. moje dane nie będą podlegały zautomatyzowanemu przetwarzaniu.

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

*(podpis i pieczątka firmowa oferenta)*

1. o ile został nadany [↑](#footnote-ref-1)