

FORMULARZ OFERTOWY

Konkurs ofert na realizację świadczeń zdrowotnych w ramach pielęgniarstwa - nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (ambulatoryjnej i wyjazdowej) 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 gospodarczej:

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

4. Nr PESEL:

.....

5. Nr NIP:

.....

6. Nr telefonu:

.....

7. Nazwa banku oraz nr konta bankowego

.....
.....

.....
(podpis i pieczęć firmowa oferenta)

II. DANE OFERENTA W CELU WERYFIKACJI W REJESTRZE SPRAWCÓW PRZESTĘPSTW NA TLE SEKSUALNYM

1. PESEL¹
2. Data Urodzenia
3. Imię Ojca:
4. Imię Matki:
5. Nazwisko Rodowe Oferenta:

III. CENA OFERTY

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

- a) 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;
- b) 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,
- c) 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.

IV. OKRES NA JAKI MA BYĆ ZAWARTA UMOWA [zaznacz „X” właściwą pozycję]

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	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

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

¹ o ile został nadany

V. 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)