

Znak sprawy: ZSM/KO/KChSziPO-PWRT/L5/2024

## FORMULARZ OFERTOWY

**do konkursu ofert na koordynowanie wykonywania świadczeń zdrowotnych i pracy oddziału w zakresie realizacji świadczeń dedykowanych chirurgii szczękowo - twarzowej dla dzieci i młodzieży oraz koordynowanie wykonywania świadczeń zdrowotnych i pracy poradni w zakresie realizacji świadczeń ambulatoryjnych w Poradni Ortodontycznej dla Dzieci i Poradni Wad Rozwoju Twarzoczaszki w ramach Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Zespołu Szpitali Miejskich w Chorzowie**

..... , dnia .....  
*miejsowość*

### I. DANE OFERENTA

1. Imię 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 cenę:

- a) .....% x (**Kwota bazowa** pomniejszona o kwotę: .....,..... zł brutto (słownie: ..... złotych), obliczonej według wzoru: .....% x (**KB** - ..... zł brutto),  
gdzie:  
.....% - **proponowany % udziału w Kwocie bazowej**  
**KB - Kwota bazowa**
- b) ..... % **Kwoty bazowej** w przypadku świadczeń zdrowotnych zrealizowanych przez Przyjmującego zamówienie w ramach funkcjonowania Poradni,
- c) ..... % **od kwoty uzyskanej w wyniku pomniejszenia Kwoty bazowej** o poniesione przez Udzielającego zamówienia koszty nabycia materiałów i innych elementów zużywalnych niezbędnych do wykonania danych procedur w przypadku procedur wysokokosztocłonnych realizowanych w ramach Poradni, obliczonej według wzoru: ..... % x (**KB - KNM**)  
gdzie:  
.....% - **proponowany % udziału**  
**KB - Kwota bazowa**  
**KNM - Koszty nabycia materiałów i innych elementów zużywalnych niezbędnych do wykonania procedur**

## III. OKRES JAKI MA BYĆ ZAWARTA UMOWA [zaznacz „X” właściwą pozycję]

Wyrażam zgodę, by umowa o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne będzie zawarta na okres od <b>1 kwietnia 2024 r. do 31 marca 2029 r.</b> z możliwością przedłużenia na kolejny okres aneksem do umowy.	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

.....  
(*podpis i pieczęćka 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)