

FORMULARZ OFERTOWY

Konkurs ofert na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej oraz Izbie Przyjęć w SP ZOZ Zespole Szpitali Miejskich w Chorzowie poza godzinami normalnej ordynacji lekarskiej

....., dnia

miejsowość

I. DANE OFERENTA

1. Imię nazwisko:

.....

2. Adres zamieszkania:

.....

3. Pełna nazwa i siedziba prowadzonej działalności gospodarczej¹:

.....

.....

.....

4. **Nr REGON** (w przypadku działalności gospodarczej) lub **Nr PESEL** (osoby fizyczne):

.....

5. **Nr NIP:**

.....

6. Nr telefonu:

.....

7. Nazwa banku oraz nr konta bankowego

.....

.....

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

¹ O ile dotyczy

II. CENA OFERTY

Proponuję cenę brutto w wysokości:

..... **zł brutto** (słownie: złotych 00/100) za 1 (jedną) godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale chirurgii urazowo – ortopedycznej i w Izbie Przyjęć poza godzinami normalnej ordynacji lekarskiej, tj. od godz. 15:00 do 7:25 w dni powszednie oraz od godz. 7:25 do 7:25 w niedziele, święta i inne dni wolne od pracy zgodnie z przyjętym harmonogramem udzielania świadczeń zdrowotnych.

III. 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 stycznia 2025 r. do 31 grudnia 2029 r.** z możliwością przedłużenia na kolejny okres aneksem do umowy



.....
(podpis i pieczęć 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)