Załącznik nr 2 - Formularz ofertowy

###### FORMULARZ OFERTOWY

**Konkurs ofert na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie koordynowania Oddziałem Klinicznym Hematologii i Profilaktyki Chorób Nowotworowych SP ZOZ Zespołu Szpitali Miejskich w Chorzowie wraz z udzielaniem lekarskich świadczeń zdrowotnych**

………………….……… , dnia …………………

*miejscowość*

1. **DANE OFERENTA**
2. Imię nazwisko:

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

1. Adres zamieszkania:

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

1. Pełna nazwa i siedziba prowadzonej działalności gospodarczej[[1]](#footnote-2):

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

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

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

1. **Nr REGON (działalność gospodarcza)** lub **Nr PESEL (osoba fizyczna)**:

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

1. Nr NIP:

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

1. Nr telefonu:

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

1. Nazwa banku oraz nr konta bankowego

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

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

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

*(podpis i pieczątka firmowa oferenta)*

1. **CENA OFERTY**

Proponuję cenę **brutto** w wysokości:

1. **……….....,…..... zł** (słownie: ……………………………….……………złotych) ryczałtowo, miesięcznie - **za koordynowanie Oddziałem Klinicznym Hematologii i Profilaktyki Chorób Nowotworowych SP ZOZ Zespołu Szpitali Miejskich w Chorzowie wraz z udzielaniem lekarskich świadczeń zdrowotnych**
2. **……….....,…..... zł (słownie: ……………………………….……………złotych) za 1 (słownie: jedną) godzinę udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych** poza godzinami normalnej ordynacji lekarskiej, tj.: od poniedziałku do piątku w godzinach od 15:00 do 7:25 dnia następnego oraz w soboty, niedziele, dni wolne od pracy oraz  w dni dodatkowo wolne od pracy w godzinach od 7:25 do 7:25 dnia następnego zgodnie z miesięcznym harmonogramem udzielania świadczeń zdrowotnych;

**Przyjmując obowiązki wynikające z zadań przekazanych lekarzowi transfuzjoniście**, proponuję cenę brutto – ryczałtowo, miesięcznie:

1. **……….....,…..... zł** (słownie: ……………………………….……………złotych)
2. **OKRES NA JAKI MA BYĆ ZAWARTA UMOWA [zaznacz „X”]**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wyrażam zgodę**, by umowa o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne była zawarta na okres od **1 kwietnia 2025 r. do 31 marca 2030 r**. z możliwością przedłużenia na kolejny okres aneksem do umowy |  |

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

*(podpis i pieczątka 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:
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 dotyczy [↑](#footnote-ref-2)