**FORMULARZ OFERTOWY**

**do konkursu ofert** **na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w Zakładzie Radiologii, Diagnostyki Obrazowej i Medycyny Nuklearnej przez lekarzy radiologów  
w godzinach i poza godzinami normalnej ordynacji lekarskiej**

………………….……… , 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)*

**II. CENA OFERTY**

Proponuję cenę brutto:

1. **………….,… zł brutto** (słownie: ……………………………... złotych 0/100 brutto) **płatną miesięcznie, ryczałtowo** obejmującą wykonywanie świadczeń zdrowotnych w godzinach normalnej ordynacji lekarskiej (poniedziałek – piątek) codziennie - przez 5 (pięć) dni w tygodniu zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienia i uzgodnionym miesięcznym harmonogramem udzielania świadczeń zdrowotnych („Harmonogram miesięczny”).
2. **……….,……. zł brutto** (słownie: ………………….. złotych 0/100) za 1. (słownie: jedną) godzinę **udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych poza godzinami normalnej ordynacji lekarskiej.**

**III. 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 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)*

**V. OŚWIADCZENIE**

**DANE OFERENTA W CELU WERYFIKACJI W REJESTRZE SPRAWCÓW PRZESTĘPSTW NA TLE SEKSUALNYM**

PESEL ………………………………………………**[[2]](#footnote-3)**

nazwisko: ………………………………………………

nazwisko rodowe: ………………………………………………

imię pierwsze: ………………………………………………

imię ojca: ………………………………………………

imię matki: ………………………………………………

data urodzenia : ………………………………………………

Oświadczam, iż zostałam(-em) poinformowana(-y), że na podstawie Art. 21 ust. 1 Ustawy  
13 maja 2016r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym (t.j. Dz.U. 2024 poz. 560), przed nawiązaniem ze mną stosunku pracy /przed dopuszczeniem mnie do innej działalności[[3]](#footnote-4) w zakresie leczenia małoletnich lub opieki nad nimi, SP ZOZ Zespół Szpitali Miejskich dokona sprawdzenia, czy dane mojej osoby nie zostały zamieszczone w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym.

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

*(podpis i pieczątka firmowa oferenta)*

1. O ile dotyczy [↑](#footnote-ref-2)
2. *o* *ile został nadany* [↑](#footnote-ref-3)
3. *niepotrzebne skreślić* [↑](#footnote-ref-4)