

FORMULARZ OFERTOWY

na udzielanie pielęgniarских świadczeń zdrowotnych w Zakładzie Radiologii, Diagnostyki
Obrazowej i Medycyny Nuklearnej SP ZOZ Zespole Szpitali Miejskich w Chorzowie

....., dnia
miejscowość

1. DANE OFERENTA

1. Imię nazwisko:

.....

2. Adres zamieszkania:

.....

3. Pełna nazwa i siedziba prowadzonej działalności gospodarczej¹:

.....

.....

.....

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

.....

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:

.....,..... zł brutto (słownie: złotych)

za 1 (jedną) godzinę udzielania pielęgniarских 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 maja 2025 r. do 30 kwietnia 2030 r. z możliwością przedłużenia na kolejny okres aneksem do umowy	☐
---	--------------------------

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

IV. OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

2. 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.
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w ofercie na potrzeby przeprowadzenia konkursu ofert organizowanego przez SP ZOZ Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie.
4. 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 pieczętka firmowa oferenta)

V. OŚWIADCZENIE

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

PESEL²
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 działalności³ 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 Przystępstw na Tle Seksualnym.

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

² o ile został nadany

³ niepotrzebne skreślić