

Znak sprawy: ZSM/KO/OOD-POD/L/14/2025

### FORMULARZ OFERTOWY

**do konkursu ofert na koordynowanie wykonywania świadczeń zdrowotnych i pracy Oddziału w zakresie realizacji świadczeń dedykowanych Otolaryngologii dla Dzieci oraz koordynowanie wykonywania świadczeń zdrowotnych i pracy poradni w zakresie realizacji świadczeń ambulatoryjnych w Poradni Otolaryngologii dla Dzieci 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 pieczęć firmowa oferenta)*

## II. CENA OFERTY

Proponuję cenę:

- A)** .....% wartości przekazywanych przez NFZ środków z tytułu wykonanej umowy w zakresie: 03.4611.030.02- otorynolaryngologia dziecięca – hospitalizacja za wykonane świadczenia w oddziale otorynolaryngologii dziecięcej, IP, SOR i udzielone konsultacje w innych komórkach organizacyjnych ZSM;

Kwotę wynagrodzenia z tego tytułu obliczana jest w sposób następujący:

iloczyn (oferowanego) .....% udziału w wykonanej liczbie punktów rozliczeniowych [WLPR] X obowiązująca w danym okresie w ramach umowy z NFZ wartość punktu rozliczeniowego we wskazanym powyżej zakresie świadczeń [WPR] według wzoru:  
.....%(udziału w wartości)WLPR x WPR,

gdzie:

**WLPR** – wykonana liczba punktów rozliczeniowych

**WPR** – wartość punktu rozliczeniowego

- B)** .....% udziału w wartości punktu rozliczeniowego obowiązującego w danym okresie rozliczeniowym w ramach umowy z NFZ w zakresie: 02.1611.001.02- świadczenia w zakresie otorynolaryngologii dziecięcej oraz 02.1611.301.02- świadczenia w zakresie otorynolaryngologii dziecięcej-diagnostyka onkologiczna z tytułu wykonania świadczeń w poradni otorynologicznej Przyjmującemu zamówienie;

Kwotę wynagrodzenia z tego tytułu obliczana jest w sposób następujący:

iloczyn (oferowanego) .....% udziału w wartości punktu rozliczeniowego obowiązującego w danym okresie rozliczeniowym w ramach umowy z NFZ X liczba wykonanych punktów rozliczeniowych [WLPR] we wskazanym powyżej zakresie świadczeń według wzoru:  
.....%(udziału w wartości)WPR x WLPR,

gdzie:

**WPR** - wartość punktu rozliczeniowego

**WLPR** – wykonana liczba punktów rozliczeniowych

## 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 1 lipca 2025 r. do 30 czerwca 2030 r. z możliwością przedłużenia na kolejny okres aneksem do umowy.



.....  
(podpis i pieczętka 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)

**V. OŚWIADCZENIE [SKŁADAJĄ WSZYSCY LEKARZE ZADEKLAROWANIE PRZEZ OFERENTA]**

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

PESEL .....<sup>1</sup>  
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<sup>2</sup> 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 Przepiępstw na Tle Seksualnym.

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

---

<sup>1</sup>o ile został nadany

<sup>2</sup>niepotrzebne skreślić