

FORMULARZ OFERTOWY

do konkursu ofert na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie koordynowania Oddziałem Rehabilitacji Neurologicznej wraz z udzielaniem lekarskich świadczeń zdrowotnych oraz w zakresie udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych w Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej SP ZOZ Zespołu Szpitali Miejskich

....., 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

Uwaga: Oferent może złożyć ofertę na jedną, wybraną część zadania (jeden zakres).

Część 1: udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie koordynowania Oddziałem Rehabilitacji Neurologicznej wraz z udzielaniem lekarskich świadczeń zdrowotnych w Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej

Proponuję ryczałtową cenę brutto, płatną miesięcznie :

.....,.... zł

(słownie: złotych 0/100)

z tytułu pełnienia obowiązków Koordynatora Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej oraz udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych

Część 2: udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej

Proponuję cenę brutto:

(słownie: złotych 0/100)

za 1. (jedną) godzinę udzielania lekarskich 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 **60 miesięcy** od daty zawarcia umowy z możliwością przedłużenia na kolejny okres aneksem do umowy



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