**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**
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**

**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 Koordynator**a **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 pozycje]**

|  |  |
| --- | --- |
| **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 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)