

## FORMULARZ OFERTOWY

do konkursu ofert na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie koordynowania  
Izbą Przyjęć P ZOZ Zespołu Szpitali Miejskich w Chorzowie wraz z udzielaniem lekarskich  
świadczeń zdrowotnych

....., dnia .....  
*miejsowość*

### 1. DANE OFERENTA

1. Imię nazwisko:

.....

2. Adres zamieszkania:

.....

3. Pełna nazwa i siedziba prowadzonej działalności gospodarczej<sup>1</sup>:

.....

.....

.....

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)*

---

<sup>1</sup> O ile dotyczy

## II. CENA OFERTY

Proponuję cenę brutto, płatną miesięcznie:

.....,.... zł brutto ryczałtowo miesięcznie (słownie: ..... złotych 0/100)  
z tytułu pełnienia obowiązków Koordynatora Izby Przyjęć oraz udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych.

## III. OKRES NA JAKI MA BYĆ ZAWARTA UMOWA [zaznacz „X” właściwą pozycję]

|                                                                                                                                                                                  |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <b>Wyrażam zgodę</b> , by umowa o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne była zawarta na okres 60 miesięcy z możliwością przedłużenia na kolejny okres aneksem do umowy. | <input type="checkbox"/> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|

.....  
(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 pieczętka firmowa oferenta)