

FORMULARZ OFERTOWY

do konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie lekarskich konsultacji z hematologii i onkologii dziecięcej na oddziałach pediatrycznych SP ZOZ Zespołu Szpitali Miejskich

..... , dnia
miejsowość

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 pieczętka firmowa oferenta)

¹ O ile dotyczy

II. CENA OFERTY

Oferuję cenę za udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych w wysokości brutto:

- a),... zł brutto (..... złotych/100 groszy) za 1. (jedną) udzieloną pacjentom zgłaszającym się do oddziałów pediatrycznych konsultację lekarską w zakresie hematologii i onkologii dziecięcej,
- b),... zł brutto (..... złotych/100 groszy) płatne ryczałtowo, miesięcznie, z tytułu wykonywanej kontroli i analizowania dokumentacji medycznej pacjentów oraz prowadzenia sprawozdawczości na potrzeby Szpitala.

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

| | |
|---|--------------------------|
| <p>Wyrażam zgodę, by umowa o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne była zawarta na okres 60 miesięcy od daty zawarcia umowy, tj. od 1.02.2026 roku, z możliwością przedłużenia na kolejny okres aneksem do umowy</p> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|

.....
(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.
3. Zostałam/łem poinformowana/ny przez Administratora Danych Osobowych, tj. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Szpitali Miejskich, 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)

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 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym (t.j. Dz.U. 2024 poz. 1802 ze zm.), 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 Przepępstw na Tle Seksualnym.

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

² O ile został nadany

³ Niepotrzebne skreślić