

## FORMULARZ OFERTOWY

do konkursu ofert na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie koordynowania Nocną i Świąteczną Opieką Zdrowotną (ambulatoryjną i wyjazdową) dla dorosłych realizowaną przez SP ZOZ Zespół 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 pieczętka firmowa oferenta)*

---

<sup>1</sup> O ile dotyczy

## II. CENA OFERTY

Oferuję cenę za udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych w wysokości brutto:

- a) .....,..... zł brutto (słownie: .....)  
**ryczałtu płatnego miesięcznie z tytułu koordynowania** organizacyjnego i nadzoru nad świadczeniami zdrowotnymi realizowanymi na potrzeby pacjentów zgłaszającym się do Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej dla dorosłych (NiŚOZ),
- b) .....,..... zł brutto (słownie: .....)  
za 1 (jedną) godzinę udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych **w dni powszednie;**
- c) .....,..... zł brutto (słownie: .....)  
za 1 (jedną) godzinę udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych w soboty, niedziele i inne wolne dni od pracy, w tym **w święta ustawowo wolne od pracy – z wyjątkiem dni wskazanych w ust. c);**
- d) .....,..... zł brutto (słownie: .....)  
za 1 (jedną) godzinę udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych we wskazane dni świąteczne: **wigilia Bożego Narodzenia, Pierwszy Dzień Świąt Bożego Narodzenia, Drugi Dzień Świąt Bożego Narodzenia, Sylwester, Nowy Rok, Wielkanoc, Poniedziałek Wielkanocny;**
- e) .....,..... zł brutto (słownie: .....)  
za każdorazowe stwierdzenie zgonu;
- f) .....,..... zł brutto (słownie: .....)  
za każdorazowe stwierdzenie zgonu **w NZOZ Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym Sp. p. AMICUS.**

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

<p><b>Wyrażam zgodę</b>, by umowa o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne była zawarta na okres <b>60 miesięcy</b> od daty zawarcia umowy, tj. <b>od 1.04.2026 roku</b>, 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 pieczętka firmowa oferenta)

## V. OŚWIADCZENIE

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

PESEL .....<sup>2</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 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym (t.j. Dz.U. 2016 poz. 110 ze zm.), przed nawiązaniem ze mną stosunku pracy /przed dopuszczeniem mnie do innej działalności<sup>3</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>2</sup> O ile został nadany

<sup>3</sup> Niepotrzebne skreślić