

## FORMULARZ OFERTOWY

do konkursu ofert na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie koordynowania Pracownią endoskopii SP ZOZ Zespołu Szpitali Miejskich 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:

- a) ..... **zł brutto** ryczałtowo miesięcznie (słownie: ..... złotych 0/100) z tytułu koordynowania Pracownią endoskopii;
- b) za wykonanie jednej procedury endoskopowej w zakresie **górnego odcinek przewodu pokarmowego**:
- ..... **zł brutto** (słownie: ..... złotych 0/100) za wykonaną **gastroskopię z polipektomią (43.411)**
  - ..... **zł brutto** (słownie: ..... złotych 0/100) za wykonane **opaskowanie żylaków przelyku (42.339)**
  - ..... **zł brutto** (słownie: ..... złotych 0/100) za wykonane **przezskórne endoskopowe wytworzenie przetoki żołądkowej (PEG) (43.11)**
  - ..... **zł brutto** (słownie: ..... złotych 0/100) za wykonaną **gastroskopię diagnostyczną (44.161)**
  - ..... **zł brutto** (słownie: ..... złotych 0/100) za wykonaną **endoskopowe opanowanie krwawienia żołądka lub dwunastnicy (44.43)**
  - ..... **zł brutto** (słownie: ..... złotych 0/100) za wykonaną **esofagogastroduodenoskopię z biopsją (z 2. lub więcej badaniami histopatologicznymi) (45.16)**
  - ..... **zł brutto** (słownie: ..... złotych 0/100) za wykonaną **ezofagogastroduodenoskopię z wykonaniem testu ureazowego (45.131)**
  - ..... **zł brutto** (słownie: ..... złotych 0/100) za wykonane **usunięcie ciała obcego ze światła przelyku bez nacięcia (98.02)**
  - ..... **zł brutto** (słownie: ..... złotych 0/100) za wykonane **usunięcie ciała obcego z żołądka (98.03)**
  - ..... **zł brutto** (słownie: ..... złotych 0/100) za wykonane **endoskopowe usunięcie zmiany lub tkanki żołądka – APC (43.419)**
- c) za wykonanie jednej procedury endoskopowej w zakresie **dolnego odcinek przewodu pokarmowego**:
- ..... **zł brutto** (słownie: ..... złotych 0/100) za wykonaną **kolonoskopię diagnostyczną (45.239)**

- .....**zł brutto** (słownie: ..... złotych 0/100) za wykonaną **kolonoskopię diagnostyczną z biopsją (z badaniem histopatologicznym) (45.253)**
- .....**zł brutto** (słownie: ..... złotych 0/100) za wykonaną **kolonoskopię z polipektomią jednego lub więcej polipów o średnicy do 1 cm za pomocą pętli diatermicznej (z badaniem histopatologicznym) (45.42)**
- .....**zł brutto** (słownie: ..... złotych 0/100) za wykonane **endoskopowe opanowanie krwotoku z jelita grubego (45.432)**
- .....**zł brutto** (słownie: ..... złotych 0/100) za wykonane **endoskopowe zniszczenie innych zmian lub tkanek jelita grubego (w tym opanowanie krwawienia metodą APC) (45.439).**

**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 od daty zawarcia umowy, tj. od 1.07.2026 r.</b> z możliwością przedłużenia na kolejny okres aneksem do umowy</p>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

.....  
*(podpis i pieczętka 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.
4. 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)