

## FORMULARZ OFERTOWY

### 1. Przedmiot konkursu

**Wykonywanie świadczeń zdrowotnych w Zespole Szpitali Miejskich w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej dla dorosłych**

### 2. Udzielający Zamówienia

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie  
41-500 Chorzów, ul. Strzelców Bytomskich 11; KRS: 0000011939, NIP 627-19-23-530

### 3. Dane Oferenta

Nazwa Oferenta .....

Siedziba Oferenta .....

NIP ..... REGON .....

tel. ....

Osoba do kontaktu .....

Dane teleadresowe osoby do kontaktu (jeśli taka osoba została wyznaczona)

..... (tel.; faks; e-mail)

Odpowiadając na zaproszenie do wzięcia udziału w konkursie ofert z zakresu **wykonywanie świadczeń zdrowotnych w Zespole Szpitali Miejskich w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej dla dorosłych**, zgodnie z warunkami określonymi w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert (SWKO), oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia:

za cenę ryczałtową (brutto) płatną miesięcznie: ..... zł;

słownie: .....

### 4. Termin realizacji: 36 miesięcy od daty zawarcia umowy, jednak nie wcześniej niż od 01.08.2026 r.

### 5. Informacje uzupełniające

Minimalna liczba osób, które będą wykonywały świadczenia będące przedmiotem niniejszej umowy, wynosi:

- Lekarzy: ..... [podać liczbę osób]
- Pielęgniarek: ..... [podać liczbę osób]

**6. Osobą odpowiedzialną za organizację udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego konkursu jest:**

....., tel. ....  
[wypełnić: imię i nazwisko]

**7. Oświadczenie Oferenta:**

- uważam się za związanego ofertą do upływu terminu wskazanego w szczegółowych warunkach konkursu ofert,
- z pełną starannością zapoznałem się z warunkami postępowania konkursowego oraz warunkami realizacji zamówienia określonymi w SWKO i projekcie umowy, przyjmuję je bez zastrzeżeń, a w razie wybrania mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie i na warunkach określonych przez Udzielającego Zamówienia,
- wszystkie składające się na ofertę dokumenty, w tym oświadczenia, przedstawiają stan prawny i faktyczny aktualny na dzień sporządzenia oferty,
- uzyskałem wszystkie konieczne informacje, niezbędne do przygotowania oferty oraz wykonania zamówienia na świadczenia będące przedmiotem konkursu.
- nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2024 poz. 507z późn. zm.).
- wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w ofercie na potrzeby przeprowadzenia konkursu ofert organizowanego przez SP ZOZ Zespół Szpitali Miejskich.
- 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.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczętka i podpis osoby  
Uprawnionej)