Załącznik nr 1 do Regulaminu Konkursu Ofert

###### FORMULARZ OFERTOWY

na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Pionie Anestezjologicznym oraz Pracowni Endoskopii przez lekarzy posiadających specjalizację w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii

Nazwa Przyjmującego Zamówienie:…..............................................................................................

Adres Przyjmującego Zamówienie (siedziba):

…........................................................................................................................................................

Nr tel.: …....................................................Nr fax...............................................................................

REGON:….........................................NIP :.........................................................................................

e – mail: ….....................@.......................... INTERNET http: / /…...................................................

### składa ofertę konkursową w postępowaniu prowadzonym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii , Pionie Anestezjologicznym oraz Pracowni Endoskopii.

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z wymaganiami zawartymi w ogłoszeniu i Regulaminie Konkursu Ofert za cenę:

**Stawka brutto(1)** **za 1 godzinę pracy: ..............................zł w dni powszednie , wolne od pracy,**

 **niedziele i święta**

**(słownie:..................................................................................................................................................)**

**Informacja o warunkach realizacji świadczenia**

**1. Miejsce wykonywania świadczenia :**

...................................................................................................................................................................

**2. Godziny pracy – realizacji zamówienia :** ..........................................................................................

**3.Uwagi Przyjmującego Zamówienie dotyczące realizacji zamówienia** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………........................................................................................................................... ........................................................................................................................................

**Przystępując do postępowania konkursowego oferent oświadcza, że:**

1. zapoznał się z warunkami przystąpienia do konkursu określonymi w ogłoszeniu i Regulaminie Konkursu Ofert, nie wnosi do nich zastrzeżeń oraz uzyskał niezbędne informacje do przygotowania oferty konkursowej.

2. uważam się związany niniejszą ofertą 30 dni od daty upływu składania ofert.

3. załączony do Regulaminu Konkursu Ofert projekt umowy, został zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienie.

4. jestem ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w związku z działalnością objętą przedmiotem zamówienia. Zobowiązuje się w wypadku wybrania oferty w niniejszym postępowaniu do przedłożenia Udzielającemu Zamówienie polisy ubezpieczeniowej (najpóźniej w dniu zawarcia umowy).

5. posiadam odpowiednie kwalifikacje, zgodne z obowiązującymi przepisami,

6. spełniam warunki udziału w niniejszym postępowaniu i posiadam uprawnienia do realizacji oferowanych usług,

7. znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej należyte wykonanie zamówienia,

8. w ciągu ostatnich trzech lat przed dniem wszczęcia niniejszego postępowania konkursowego nie wyrządziłem szkody poprzez niewykonanie lub nienależyte wykonanie świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania.

9. wyrażam zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych zawartych w ofercie na potrzeby przeprowadzenia konkursu ofert zorganizowanego przez Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie

10. Zostałem poinformowany 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 uwzględniania 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, jednak nie dłużej niż przez okres 1 roku od dnia przekazania dokumentów rekrutacyjnych ,

d) moje dane nie będą podlegały zautomatyzowanemu przetwarzaniu

.

.........................................

(miejscowość, data)

 .............................................................................

 (podpis i pieczęć Przyjmującego Zamówienie)