**Załącznik nr 2**

**Formularz ofertowy**

###### FORMULARZ OFERTOWY

**do konkursu ofert** **udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w:**

* **Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej , Bloku Operacyjnym ,Izbie Przyjęć w SP ZOZ Zespole Szpitali Miejskich w Chorzowie w godzinach normalnej ordynacji lekarskiej oraz poza godzinami normalnej ordynacji lekarskiej.**
* **Poradni Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej**

**oraz Pełnienie funkcji Koordynatora Przyszpitalnych Poradni Specjalistycznych**

………………….……… , dnia …………………

*miejscowość*

1. **DANE O OFERENCIE**
2. Imię nazwisko:

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

1. Adres zamieszkania:

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

1. Pełna nazwa i siedziba prowadzonej działalności gospodarczej:

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

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

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

1. Nr PESEL:

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

1. Nr NIP:

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

1. Nr telefonu:

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

1. Nazwa banku oraz nr konta bankowego

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

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

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

*( podpis i pieczątka firmowa oferenta)*

1. **CENA OFERTY**

Proponuję kwoty:

1. Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych na Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, na Bloku Operacyjnym i na Izbie Przyjęć w godzinach normalnej ordynacji lekarskiej:

…………………… zł

słownie: ………………………..…………………………………………………………….

brutto za 1 (jedną) godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych

1. Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych na Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, na Bloku Operacyjnym i na Izbie Przyjęć poza godzinami normalnej ordynacji lekarskiej w dni powszedne, wolne od pracy, niedziele i święta.:

……………..……....zł

słownie: ………………………..……………………………………………………………

brutto za 1 (jedną) godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych

3. Stawka brutto za zabieg operacyjny – endoproteza biodra z 2 asystami  
wykonywany w sobotę jako:

Operator – ……………………. zł (słownie: ……………………………………..)

Asysta I – …………………… zł. (słownie: …………………………………….)

Asysta II – ……………………. zł (słownie: ……………………………………..)

Stawka brutto za zabieg operacyjny – endoproteza kolana z 1 asystą  
wykonywany w sobotę jako:

Operator – …………………….. zł (słownie: …………………………………….)

Asysta I – …………………… zł (słownie: ………… …………………………)

4.

Stawka brutto za 1 punkt rozliczeniowy :…………….. zł ( słownie: ………………..) w Poradni Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej

5. Za pełnienie funkcji Koordynatora Przyszpitalnych Poradni Specjalistycznych:

………………………………….. zł. brutto ( słownie: …………………..) miesięcznie

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

*( podpis i pieczątka firmowa oferenta)*

1. **PROPONOWANY CZAS TRWANIA UMOWY**

od …………………………..…… do …………….………..…………….

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

*( podpis i pieczątka 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 w Chorzowie.
3. Zostałam/łem poinformowana/ny 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:
4. podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz konieczne w celu uwzględnienia mojej osoby w konkursie ofert,
5. 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,
6. dane osobowe będą przechowywane do momentu zakończenia konkursu ofert, nie dłużej jednak niż przez okres 1 roku od dnia przekazania dokumentów rekrutacyjnych,
7. moje dane nie będą podlegały zautomatyzowanemu przetwarzaniu.

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

*(podpis i pieczątka firmowa oferenta)*