Załącznik nr 2 - Formularz ofertowy

**Znak sprawy:** ZSM/KO/OChMD/**L**/19/2023

###### FORMULARZ OFERTOWY

**do konkursu ofert na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych na Oddziale Chirurgii z Ośrodkiem Chirurgii Małoinwazyjnej dla Dzieci, Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu dla Dzieci oraz Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w SP ZOZ Zespole Szpitali Miejskich w Chorzowie poza godzinami normalnej ordynacji lekarskie****j**

………………….……… , dnia …………………

*miejscowość*

**I. DANE OFERENTA**

1. Imię nazwisko (lub Firma):

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

1. Pełna nazwa i siedziba prowadzonej działalności gospodarczej:

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

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

1. Nr NIP:

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

1. Nr REGON:

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

1. Nr telefonu:

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

1. Adres e-mail:

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

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

*(podpis i pieczątka firmowa oferenta)*

**II. CENA OFERTY**

Proponuję cenę [**lekarz posiadający specjalizację lub lekarz specjalista**]:

1. ……………..……....zł brutto (słownie: ………………………..……… zł) za 1 (jedną) godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chirurgii Dziecięcej oraz Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu dla Dzieci (w tym na Bloku Operacyjnym)
2. ……………..……....zł brutto (słownie: ………………………..……… zł) za 1 (jedną) godzinę udzielania świadczeń zdrowotny w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym
3. ……………..……....zł brutto (słownie: ………………………..……… zł) **płatne dodatkowo** za 1 (jedną) godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w przypadku dyżuru zabezpieczonego przez jedną osobę.

Proponuję cenę [**lekarz nie posiadający specjalizacji**]:

1. ……………..……....zł brutto (słownie: ………………………..……… zł) za 1 (jedną) godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chirurgii Dziecięcej oraz Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu dla Dzieci (w tym na Bloku Operacyjnym)
2. ……………..……....zł brutto (słownie: ………………………..……… zł) za 1 (jedną) godzinę udzielania świadczeń zdrowotny w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym
3. ……………..…….... zł brutto (słownie: ………………………..……… zł) **płatne dodatkowo** za 1 (jedną) godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w przypadku dyżuru zabezpieczonego przez jedną osobę.

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

|  |  |
| --- | --- |
| Wyrażam zgodę, by umowa o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne będzie zawarta na okres od **1 października 2023 r. do 30 września 2028 r**. z możliwością przedłużenia na kolejny okres aneksem do umowy. |  |

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

*(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)*