Załącznik nr 2 - Formularz ofertowy

Znak sprawy: ZSM/KO/KChSziPO-PWRT/L5/2024

###### FORMULARZ OFERTOWY

**do konkursu ofert na koordynowanie wykonywania świadczeń zdrowotnych i pracy oddziału w zakresie realizacji świadczeń dedykowanych chirurgii szczękowo - twarzowej dla dzieci i młodzieży oraz koordynowanie wykonywania świadczeń zdrowotnych i pracy poradni w zakresie realizacji świadczeń ambulatoryjnych w Poradni Ortodontycznej dla Dzieci i Poradni Wad Rozwoju Twarzoczaszki w ramach Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Zespołu Szpitali Miejskich w Chorzowie**

………………….……… , dnia …………………

*miejscowość*

1. **DANE OFERENTA**
2. 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:

1. **…..…….****% x** (**Kwota bazowa** pomniejszona o kwotę: …………………...,…….. zł brutto (słownie: ………………………..…………………... złotych), obliczonej według wzoru:   
   ………..% x (**KB** - ……………….. zł brutto),

gdzie:

**……% - proponowany % udziału w Kwocie bazowej**

**KB** - **Kwota bazowa**

1. **………….. %** **Kwoty bazowej** w przypadku świadczeń zdrowotnych zrealizowanych przez Przyjmującego zamówienie w ramach funkcjonowania Poradni,
2. **…………. %** **od kwoty uzyskanej w wyniku pomniejszenia** **Kwoty bazowej** o poniesione przez Udzielającego zamówienia koszty nabycia materiałów i innych elementów zużywalnych niezbędnych do wykonania danych procedur w przypadku procedur wysokokosztochłonnych realizowanych w ramach Poradni, obliczonej według wzoru: ………... % x (**KB** ­­- **KNM**)

gdzie:

**………..% - proponowany % udziału**

**KB** - **Kwota bazowa**

**KNM** - K**oszty nabycia materiałów** i innych elementów zużywalnych niezbędnych do wykonania procedur

**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 kwietnia 2024 r. do 31 marca 2029 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)*