Załącznik nr 2 - Formularz ofertowy

###### FORMULARZ OFERTOWY

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

**w Izbie Przyjęć w SP ZOZ Zespole Szpitali Miejskich**

 ………………….……… , dnia …………………

 *miejscowość*

**I. DANE OFERENTA**

1. Imię nazwisko:

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

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 za:

udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych na Izbie Przyjęć w godzinach normalnej

ordynacji lekarskiej: ………………………….……… zł

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

brutto za 1 (jedną) godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych

**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 marca 2023 r. do 29 lutego 2028 r**. z możliwością przedłużenia na kolejny okres aneksem do umowy. |  |
| **Oferuję zawarcie umowy** o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres 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)*