

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Konkurs ofert na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych na Oddziale Położniczo-Ginekologicznym, na Bloku Operacyjnym i na Izbie Przyjęć w SP ZOZ Zespole Szpitali Miejskich w Chorzowie w godzinach normalnej ordynacji lekarskiej oraz/lub poza godzinami normalnej ordynacji lekarskiej**

..... , dnia .....  
*miejsowość*

**I. DANE OFERENTA**

1. Imię nazwisko:

.....

2. Adres zamieszkania:

.....

3. Pełna nazwa i siedziba prowadzonej działalności gospodarczej:

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

4. Nr PESEL:

.....

5. Nr NIP:

.....

6. Nr telefonu:

.....

7. Nazwa banku oraz nr konta bankowego

.....  
.....

.....  
*(podpis i pieczętka firmowa oferenta)*

## II. CENA OFERTY

Proponuję cenę za:

1. Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w Oddziale Położniczo-Ginekologicznym i na Bloku Ginekologicznym **w czasie normalnej ordynacji oddziału od 7<sup>25</sup> do 15<sup>00</sup>**  
..... zł  
słownie: .....  
brutto za 1 (jedną) godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych
2. Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w Oddziale Położniczo-Ginekologicznym, na Bloku Operacyjnym i na Izbie Przyjęć poza godzinami normalnej ordynacji lekarskiej w dzień powszedni **w godzinach od 15<sup>00</sup> do 7<sup>25</sup>**:  
..... zł  
słownie: .....  
brutto za 1 (jedną) godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych
3. Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w Oddziale Położniczo-Ginekologicznym, na Bloku Operacyjnym i na Izbie Przyjęć poza godzinami normalnej ordynacji lekarskiej **w dni wolne od pracy, niedziele i święta w godzinach od 7<sup>25</sup> do 7<sup>25</sup>**:  
..... zł  
słownie: .....  
brutto za 1 (jedną) godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych

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

Wyrażam zgodę, by umowa o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne była zawarta na okres od **1 maja 2023 r. do 30 kwietnia 2028 r.** z możliwością przedłużenia na kolejny okres aneksem do umowy



.....  
(podpis i pieczętka 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:
  - a) podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz konieczne w celu uwzględnienia 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, nie dłużej jednak niż przez okres 1 roku od dnia przekazania dokumentów rekrutacyjnych,
  - d) moje dane nie będą podlegały zautomatyzowanemu przetwarzaniu.

.....  
(podpis i pieczętka firmowa oferenta)