Załącznik nr 2 - Formularz ofertowy

###### FORMULARZ OFERTOWY

**na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym**

**z uwzględnieniem udzielania świadczeń w Zespole Transportu Sanitarnego (karetka transportowa „T”) oraz na Izbie Przyjęć w SP ZOZ Zespołu Szpitali Miejskich**

 ………………….……… , dnia …………………

 *miejscowość*

1. **DANE OFERENTA**
2. Imię i 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)*

1. **CENA OFERTY**

Proponuję ceną za udzielanie świadczeń:

* 1. …………..….,….. zł (…………………………………………………….. złotych) brutto za 1 (jedną) godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w godzinach normalnej ordynacji lekarskiej, tj. od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 15:35.
	2. …………..….,….. zł (…………………………………………………….. złotych) brutto za 1 (jedną) godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych poza godzinami normalnej ordynacji lekarskiej, tj. od poniedziałku do piątku w godzinach od 15:35 do 8:00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele, święta, dni wolne od pracy oraz dni dodatkowo wolne od pracy w godzinach od 8:00 do 8:00 dnia następnego.
	3. …………..….,….. zł (…………………………………………………….. złotych) brutto płatne dodatkowo za 1 (jedną) godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w przypadku dyżuru zabezpieczonego przez jedną osobę

**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 lutego 2024 r. do 31 stycznia 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)*