

FORMULARZ OFERTOWY

Konkurs ofert na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie koordynowania Zakładem Radiologii, Diagnostyki Obrazowej i Medycyny Nuklearnej SP ZOZ Zespołu Szpitali Miejskich w Chorzowie wraz z udzielaniem lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki obrazowej i izotopowej

....., dnia
miejsowość

I. DANE OFERENTA

1. Imię nazwisko:

.....

2. Adres zamieszkania:

.....

3. Pełna nazwa i siedziba prowadzonej działalności gospodarczej¹:

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

4. Nr PESEL:

.....

5. Nr NIP:

.....

6. Nr telefonu:

.....

7. Nazwa banku oraz nr konta bankowego

.....
.....

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

¹ O ile dotyczy



II. CENA OFERTY

Proponuję cenę (ryczałtową) płatną miesięcznie w wysokości:

.....,..... **zł** brutto (słownie: złotych 0/100)
za udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie koordynowania Zakładem Radiologii
Diagnostyki Obrazowej i Medycyny Nuklearnej SP ZOZ Zespołu Szpitali Miejskich w
Chorzowie wraz z udzielaniem lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki
obrazowej i izotopowej

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

Wyrażam zgodę, by umowa o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne była
zawarta na okres od **1 lipca 2024 r. do 30 czerwca 2029 r.** z możliwością przedłużenia na
kolejny okres aneksem do umowy



.....
(podpis i pieczęć 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)



V. OŚWIADCZENIE

DANE OFERENTA W CELU WERYFIKACJI W REJESTRZE SPRAWCÓW PRZESTĘPSTW NA TLE SEKSUALNYM

PESEL²
nazwisko:
nazwisko rodowe:
imię pierwsze:
imię ojca:
imię matki:
data urodzenia:

Oświadczam, iż zostałam(-em) poinformowana(-y), że na podstawie Art. 21 ust. 1 Ustawy o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym (t.j. Dz.U. 2023 poz. 1304 ze zm.), przed nawiązaniem ze mną stosunku pracy /przed dopuszczeniem mnie do innej działalności³ w zakresie leczenia małoletnich lub opieki nad nimi, SP ZOZ Zespół Szpitali Miejskich dokona sprawdzenia, czy dane mojej osoby nie zostały zamieszczone w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym.

.....
(podpis i pieczęć firmowa oferenta)

² o ile został nadany

³ niepotrzebne skreślić