

## FORMULARZ OFERTOWY

### Konkurs ofert na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w Oddziale Otolaryngologii z Pododdziałem Chirurgii Szcękowo-Twarzowej dla Dzieci poza godzinami normalnej ordynacji lekarskiej

..... , dnia .....  
*miejsowość*

#### I. DANE OFERENTA

1. Imię nazwisko:

.....

2. Adres zamieszkania:

.....

3. Pełna nazwa i siedziba prowadzonej działalności gospodarczej<sup>1</sup>:

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

4. Nr PESEL:

.....

5. Nr NIP:

.....

6. Nr telefonu:

.....

7. Nazwa banku oraz nr konta bankowego

.....  
.....

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

---

<sup>1</sup> O ile dotyczy

## II. CENA OFERTY

Proponuję cenę w wysokości:

.....,..... **zł brutto (słownie: .....złotych)**  
za 1 (słownie: jedną) godzinę udzielania lekarskich 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, dni wolne od pracy oraz w dni dodatkowo wolne od pracy w godzinach od 8:00 do 8:00 dnia następnego zgodnie z miesięcznym harmonogramem udzielania świadczeń zdrowotnych

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

<p><b>Wyrażam zgodę</b>, by umowa o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne była zawarta na okres od <b>1 lipca 2024 r. do 30 czerwca 2029 r.</b> z możliwością przedłużenia na kolejny okres aneksem do umowy</p>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

.....  
(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 pieczęć firmowa oferenta)

## V. OŚWIADCZENIE

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

PESEL .....<sup>2</sup>  
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 działalności<sup>3</sup> 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 Przepęstw na Tle Seksualnym.

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

---

<sup>2</sup> o ile został nadany

<sup>3</sup> niepotrzebne skreślić