

.....  
(pieczęć firmowa Oferenta)

**FORMULARZ OFERTOWO - CENOWY**

**Dane identyfikacyjne**

Nazwa / Imię i nazwisko: .....

Siedziba / Adres zamieszkania:.....kod.....ul.....

Województwo:.....

Nr telefonu: .....

Nr faksu: .....

e-mail: .....

Nr NIP: ..... Nr REGON.....

Tytuł zawodowy: .....

Prawo wykonywania zawodu nr: .....

Stopień specjalizacji: .....

W odpowiedzi na ogłoszony konkurs ofert na:

**udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Pulmonologii w Piekarskim Centrum  
Medycznym Sp. z o. o, ul. Szpitalna 11, 41 - 940 Piekary Śląskie  
w okresie 12 miesięcy od dnia 15.04.2024 r.- znak sprawy: KO/ŚZ/DSP/5/24**

składam ofertę i oświadczam, że:

- 1) zapoznałam/łem się z treścią ogłoszenia oraz „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz zdobyłam/em konieczne informacje potrzebne do właściwego przygotowania oferty oraz wykonania zamówienia;
- 2) zamówienie zrealizuję w terminach i na zasadach określonych w „Szczegółowych warunkach konkursu ofert”;
- 3) spełniam warunki uczestnictwa w konkursie opisane w § 5 „Szczegółowych warunków konkursu ofert”;
- 4) posiadam wszystkie dokumenty wymienione zapisami § 8 ust. 2 „Szczegółowych warunków konkursu ofert” i zobowiązuję się, w przypadku wybrania mojej oferty, najpóźniej w dniu podpisania umowy do ich przedłożenia Udzielającemu zamówienie;

- 5) świadczenia zdrowotne będą udzielane w siedzibie Udzielającego zamówienie;
- 6) uważam się za związaną/ego niniejszą ofertą na czas wskazany w „Szczegółowych warunkach konkursu ofert”;
- 7) akceptuję zapisy projektu umowy, nie wnoszę uwag do postanowień w nim zawartych i zobowiązuję się w przypadku wybrania mojej oferty do zawarcia umowy na warunkach, w miejscu i terminie określonych przez Udzielającego zamówienie;
- 8) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych w zakresie realizacji nn. konkursu, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t. j. Dz. U. z 2019, poz. 1781) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO));
- 9) świadomy/a odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania wynikające z art. 233 K.K (podanie nieprawdy lub zatajenie nieprawdy) oświadczam, że korzystam z pełni praw publicznych;
- 10) w ciągu ostatnich 5 lat, nie wnoszono wobec mnie skarg odnoszących się do realizacji umów z Podmiotami wykonującymi działalność leczniczą;
- 11) wypełniłem/am obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO<sup>1)</sup>\* wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem/am w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia w niniejszym postępowaniu <sup>2)\*\*</sup>
- 12) oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych w:

**1) Zakresie nr 1** – świadczenia zdrowotne w godzinach ordynacji Oddziału (7:25 – 15:00), w dni powszednie od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy – stawka wynagrodzenia: ..... zł brutto za 1 godzinę.

Proponowana przez Oferenta ilość godzin w miesiącu wynosi: .....

.....  
data, podpis, pieczęć imienna / firmowa