

.....
(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:

**ogłasza konkurs na udzielanie świadczeń zdrowotnych
w oddziałach szpitalnych Piekarskiego Centrum Medycznego Sp. z o. o.
w okresie 12 miesięcy od dnia 18.10.2026 r.**

składałam 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 RODO¹⁾* wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem/am w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia w niniejszym postępowaniu ^{2)**}

¹⁾ *Rozporządzenie 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

²⁾ ** W przypadku gdy Oferent nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia Oferent nie składa (usunięcie treści oświadczenia przez jego wykreślenie).

12) oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych : **Zadanie nr** w:

a) Zakres nr 1 - świadczenie zdrowotne w godzinach ordynacji Oddziału/ NiŚOZ (7:25–15:00)/(18:00-8:00), w dni powszednie od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy;
stawka wynagrodzenia: **zł brutto za 1 godzinę**

b) Zakres nr 2 - świadczenia zdrowotne poza godzinami ordynacji Oddziału (dyżury), w dni powszednie od poniedziałku do piątku (15:00 – 7:25), (18:00-8:00), oraz w dni ustawowo wolne od pracy (7:25 – 7:25); stawka wynagrodzenia: **zł brutto za 1 godzinę**

c) Zakres nr 3 - świadczenia zdrowotne poza godzinami ordynacji Oddziału (dyżury pod telefonem), w dni powszednie od poniedziałku do piątku oraz w dni ustawowo wolne od pracy. stawka wynagrodzenia: **zł brutto za 1 godzinę**

d) Zakres nr 4 - świadczenia zdrowotne w godzinach ordynacji Oddziału (7:25 – 15:00), w dni powszednie od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy dla Kierownika Oddziału. stawka wynagrodzenia: **zł brutto za 1 godzinę**

e) Zakres nr 5 - świadczenia zdrowotne poza godzinami ordynacji Oddziału (dyżury), w dni powszednie od poniedziałku do piątku (15:00 – 7:25) oraz w dni ustawowo wolne od pracy (7:25 – 7:25) dla Kierownika Oddziału. stawka wynagrodzenia: **zł brutto za 1 godzinę**, Dodatek za pełnienie funkcji: **zł brutto na 1 miesiąc**

f) Zakres nr 3 - świadczenia zdrowotne poza godzinami ordynacji Oddziału (dyżury pod telefonem), w dni powszednie od poniedziałku do piątku oraz w dni ustawowo wolne od pracy dla Kierownika Oddziału . stawka wynagrodzenia: **zł brutto za 1 godzinę**

Proponowana przez Oferenta ilość godzin w miesiącu wynosi:

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