

*Szpital Chorób Płuc w Siewierzu Sp. z o.o.  
ul. Zbigniewa Oleśnickiego 21  
42-470 Siewierz*

## OFERTA

**Na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pełnienia przez lekarza pulmonologa dyżurów lekarskich oraz analiza i opis badania polisomnograficznego.**

1. Dane Oferenta:

.....  
( nazwa Oferenta )

.....  
(adres)

Adres do korespondencji ( w przypadku, gdy jest inny niż adres oferenta j.w.)

.....

2. Proponuję następujące warunki :

- Deklarowana liczba świadczeń w miesiącu

- ilość godzin w miesiącu.....

- cena jednostkowa brutto za każdą godzinę udzielania świadczeń w zakresie pełnienia przez lekarza pulmonologa dyżurów lekarskich.

.....zł.,

słownie:.....

- cena jednostkowa brutto za analizę i opis badania polisomnograficznego.

.....zł.

słownie:.....

3. Okres na jaki została złożona oferta

.....

4. Oświadczam, że posiadam następujące kwalifikacje (potwierdzone dokumentami złożonymi wraz z ofertą):

- lekarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie chorób płuc,
  - lekarz posiadający specjalizację II<sup>p</sup> w dziedzinie chorób płuc,
5. Oświadczam, że wzór załączonej umowy został przeze mnie zaakceptowany.
  6. Oświadczam, że uważam się za związaną/ego niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu do składania ofert.
  7. Oświadczam, że zapoznałam/łem się z ogłoszeniem, „Regulaminem konkursu ofert” oraz „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
  8. Oświadczam, że posiadam oraz, że będę kontynuował /a ubezpieczenie OC w roku ..... tj. do końca terminu obowiązywania przedmiotowej umowy.
  9. Oświadczam, że stan prawny określony w dokumentach na dzień składania oferty nie uległ zmianie, a przedstawione w dokumentach informacje odpowiadają prawdzie.
  10. Do formularza oferty dołączam dokumenty zgodnie z punktem ze „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert”.
  11. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Szpital Chorób Płuc w Siewierzu Sp. z o.o. (dalej: Administrator) moich danych osobowych wskazanych w ofercie i załącznikach do niej oraz ewentualnej dalszej korespondencji z Administratorem dla potrzeb niezbędnych w zakresie realizacji konkursu na udzielanie całodobowych i ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia gruźlicy i chorób płuc (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) 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)).

.....  
miejsowość, data

.....  
(podpis osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)

*\* niepotrzebne skreślić lub zaznaczyć właściwe.*

