Załącznik nr 1 „Regulaminu konkursu ofert”

Bytom, dnia …………………………

***Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 4 w Bytomiu***

***Al. Legionów 10***

***41-902 Bytom***

**OFERTA**

**na pełnienie przez lekarzy dyżurów medycznych w Oddziale Chorób Wewnętrznych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym Nr 4 w Bytomiu**

1.Dane Oferenta:

NAZWA OFERENTA ………………………………………………………………………………………………………………………

ADRES ………………………………………………………………………………………………………………………………………….

REGON…………………………………………………………… NIP …………………………………………………………………..

PESEL…………………………………………………………………..

TEL. …………………………………………………………………….

ADRES MAIL………………………………………………………

**Proponuję następujące warunki :**

- deklarowana liczba świadczeń w miesiącu w Oddziale Chorób Wewnętrznych

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

* ilość godzin w miesiącu min. ……………………………
* ilość godzin w miesiącu max. …………………………..
* ilość dyżurów medycznych min. ……………………………….

- cena jednostkowa brutto za każdą godzinę udzielania świadczeń :

…………………………………zł., słownie:……………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

3. Okres na jaki została złożona oferta :

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

4. Oświadczam, że wzór załączonej umowy został przeze mnie zaakceptowany.

1. Oświadczam, że uważam się za związaną/ego niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu do składania ofert.
2. Oświadczam, że zapoznałam/łem się z ogłoszeniem oraz „ Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
3. Oświadczam , że będę kontynuował /a ubezpieczenie OC w roku ................ tj. do końca terminu obowiązywania przedmiotowej umowy.
4. Oświadczam, że stan prawny określony w dokumentach na dzień składania oferty nie uległ zmianie.
5. Do formularza oferty dołączam dokumenty zgodnie z punktem ze „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert”.
6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych w zakresie realizacji konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku 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).

……………………………

miejscowość, data

…………………………………………………..........................

(podpis osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)

**\* Niepotrzebne skreślić**