

**Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 4 w Bytomiu
Al. Legionów 10
41-902 Bytom**

OFERTA

**Na udzielanie przez lekarzy całodobowych świadczeń zdrowotnych
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:

.....
(określenie miejsca wykonywania świadczeń)

- ilość godzin w miesiącu min.
- ilość godzin w miesiącu max.

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

.....
miejsowość, data

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