



FORMULARZ OFERTOWY

**w postępowaniu konkursowym na świadczenie usług zdrowotnych
na rzecz pacjentów Pabianickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.**

DANE OFERENTA:

Pełna nazwa Oferenta:

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

Siedziba Oferenta:

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

NIP..... REGON.....

Numer wpisu do właściwego rejestru oraz oznaczenie organu dokonującego wpisu:

.....
.....

Nazwa banku Oferenta:

nr konta bankowego Oferenta:

Imię i nazwisko osoby do kontaktu w ramach postępowania konkursowego oraz nr telefonu i adres e-mail:

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

Niniejszym zgłaszam gotowość przystąpienia do konkursu ofert o udzielanie świadczeń zdrowotnych,
zgodnie z treścią Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.

1. Niniejszym oświadczam, że:
 - a) zapoznałam/łem się z treścią ogłoszenia i Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert (SWKO) w przedmiocie konkursu i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz uzyskałam/łem wszystkie informacje i wyjaśnienia konieczne do przygotowania oferty. W przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy na warunkach w niej określonych, w miejscu i terminie wskazanym przez Udzielającego zamówienie.
 - b) zapoznałam/łem się z regulacjami wewnętrznymi Udzielającego zamówienie, akceptuję zawarte w nich reguły postępowania i zobowiązuję się do ich przestrzegania podczas procedury konkursowej oraz w przypadku zawarcia umowy oraz że spełniam wymagania konkursowe stawiane Oferentom, w szczególności wymagania zawodowe.
 - c) Gwarantuję stałość ceny przez okres obowiązywania umowy.
 - d) Termin płatności: w terminie do 25-go dnia kolejnego miesiąca po okresie sprawozdawczym, na podstawie prawidłowo wystawionej faktury.

2. Proponuję następującą cenę na świadczenia zdrowotne, będące przedmiotem konkursu ofert, obowiązujące w okresie obowiązywania umowy.

Załącznik nr 1 do niniejszego formularza ofertowego.

3. Zobowiązuje się udzielać świadczeń zdrowotnych zgodnie z ustalonym harmonogramem:

tak / nie (*niepotrzebne skreślić*).

4. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do realizacji umowy przez cały okres jej trwania: **tak / nie** (*niepotrzebne skreślić*).

5. Posiadam – **letnie doświadczenie** w udzielaniu świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania (*należy wypełnić puste pole*).

.....
Podpis Oferenta



KLAUZULA ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

w Pabianickim Centrum Medycznym Sp. z o.o.

ul. Jana Pawła II 68, 95-200 Pabianice

1. Świadomie i dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych niezbędnych w postępowaniu konkursowym **na świadczenie usług zdrowotnych na rzecz pacjentów Pabianickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.**
2. Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany o zasadach przetwarzania danych osobowych, przysługującym mi prawie dostępu do treści danych, możliwości ich sprostowania, ograniczenia ich przetwarzania oraz wniesienia skargi organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (w przypadku gdy uznam iż podane przeze mnie dane osobowe nie są przetwarzane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa).
3. Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany o przysługującym mi prawie do wycofania w dowolnym momencie zgody na przetwarzanie danych osobowych.

.....
Podpis Oferenta