

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

## **OFERTA**

**Na udzielanie przez lekarzy świadczeń zdrowotnych w zakresie  
Medycyny Pracy w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym Nr 4  
w Bytomiu**

### **1. Dane Oferenta:**

NAZWA OFERENTA .....

ADRES .....

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

PESEL.....

TEL. ....

ADRES MAIL.....

### **Proponuję następujące warunki :**

.....zł (słownie: .....zł) za całościowe badanie pracownika lub kandydata na pracownika dla potrzeb medycyny pracy (profilaktyczne badania lekarskie – wstępne, okresowe, kontrolne)

### **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 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)