

Formularze ofertowe:

Lekarze:

Oddział Okulistyczny, Oddział Kliniczny Chirurgii Szcękowo -Twarzowej	załącznik nr 1
Regionalne Centrum Stomatologii	załącznik nr 2
Zespół Poradni Specjalistycznych i Konsultacyjnych, Wojewódzka Przychodnia Onkologiczna, Wojewódzka Przychodnia Laryngologiczna, Wojewódzka Przychodnia Rehabilitacyjna, Zespół Poradni Chirurgicznych, Zespół Poradni Położniczo – Ginekologicznych, Poradnia Chorób Zakaźnych	załącznik nr 3
Stacja Ratownictwa Medycznego	załącznik nr 4
Oddział Intensywnej Terapii i Patologii Noworodka, Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej	załącznik nr 5
Szpitalny Oddział Ratunkowy	załącznik nr 6
Wojewódzki szpital zespólny – wykonanie procedur urologicznych	załącznik nr 7

OFERTA

o udzielanie świadczeń zdrowotnych w siedzibie Udzielającego zamówienia w ramach

.....
komórka organizacyjna WSzZ w Toruniu dla potrzeb której Oferent proponuje świadczenie usług

1. Dane oferenta:

.....
(nazwa oferenta)

.....
/ adres do korespondencji; adres poczty elektronicznej lub numer telefonu/

2. Deklarowana liczba godzin wykonywania świadczeń w ramach czasu

- a) podstawowego w wysokości równej iloczynowi dni roboczych w danym miesiącu przez h',
- b) pełnienia dyżurów w dni powszednie, w niedziele i święta oraz dni wolne od pracy w ilości określonej w harmonogramie udzielania świadczeń.

3. Proponuję następujące warunki wynagrodzenia:

- a) za 1h udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach czasu podstawowego zł
- b) za 1h udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach pełnienia dyżurów w dni powszednie zł
- c) za 1h udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach pełnienia dyżurów w niedziele i święta oraz w dni wolne od pracy zł
- d) za 1h przez liczbę godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w danym miesiącu w ramach czasu podstawowego za posiadany stopień naukowy zł
- e).....% stawki godzinowej określonej w pkt. b w przypadku wezwania do udzielania świadczeń zdrowotnych , w dni powszednie;
- f).....% stawki godzinowej określonej w pkt. c w przypadku wezwania do udzielania świadczeń zdrowotnych w niedziele i święta oraz dni wolne od pracy,

4. Okres, na jaki została złożona oferta od dnia do dnia

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Niniejszym oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia; ze szczegółowymi warunkami konkursu i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.

.....
data i podpis Oferenta

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Dotychczas wykonywałam/em na rzecz Udzielającego zamówienie takie same świadczenia zdrowotne jakich dotyczy składana oferta, w związku z powyższym oświadczam, że dokumenty wymienione w § 5 ust. 2 pkt 2-6 „Szczegółowych warunków konkursu ofert” znajdują się w posiadaniu Udzielającego zamówienie i są aktualne.

.....
data i podpis Oferenta

Klauzula Zgody

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1. Administratorem Danych Osobowych jest Wojewódzki Szpital Zespolony Toruniu , ul. Św. Józefa 53-59 , 87-100 Toruń
2. Dane osobowe Oferenta przetwarzane będą dla potrzeb aktualnego i przyszłych postępowań konkursowych* - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz Kodeksu Pracy z dnia 26 czerwca 1974 r.
3. Dane osobowe Oferenta przechowywane będą przez okres aktualnego postępowania konkursowego/okres aktualnego jak i przyszłych postępowań konkursowych/przez okres 2 lat wyznaczony przez administratora*
4. Odbiorcami danych osobowych Oferenta będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz podmioty współpracujące w postępowaniu konkursowym*
5. Oferent posiada prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie
6. Oferent ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego
7. Podanie danych osobowych jest obligatoryjne w oparciu o przepisy prawa a w pozostałym zakresie jest dobrowolne
8. Podejmowanie decyzji będzie odbywało się na zasadach określonych w regulaminie konkursu, konsekwencją takiego przetwarzania będzie kontakt tylko z wybranymi Oferentami

* *niepotrzebne skreślić*

Zgodnie z art.6 ust.1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb aktualnego i przyszłych postępowań konkursowych *

.....
data i podpis Oferenta

* *niepotrzebne skreślić*

REGINALNE CENTRUM STOMATOLOGII

- Załącznik nr 2 do Szczegółowych warunków konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. L. Rydygiera w Toruniu

OFERTA

o udzielanie świadczeń zdrowotnych w siedzibie Udzielającego zamówienia w ramach

.....
komórka organizacyjna WSzZ w Toruniu dla potrzeb której Oferent proponuje świadczenie usług

1. Dane oferenta:

.....
(nazwa oferenta)

.....
/ adres do korespondencji; adres poczty elektronicznej lub numer telefonu/

2. Proponuję następujące warunki wynagrodzenia:

a) zł za każdy punkt,

b) % kwoty zapłaconej przez pacjenta za ponadstandardowe odpłatne świadczenia.

3. Okres, na jaki została złożona oferta od dnia do dnia

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Niniejszym oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia; ze szczegółowymi warunkami konkursu i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.

.....
data i podpis Oferenta

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Dotychczas wykonywałam/em na rzecz Udzielającego zamówienie takie same świadczenia zdrowotne jakich dotyczy składana oferta, w związku z powyższym oświadczam, że dokumenty wymienione w § 5 ust. 2 pkt 2-6 „Szczegółowych warunków konkursu ofert” znajdują się w posiadaniu Udzielającego zamówienie i są aktualne.

.....
data i podpis Oferenta

Klauzula Zgody

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1. Administratorem Danych Osobowych jest Wojewódzki Szpital Zespolony Toruniu , ul. Św. Józefa 53-59 , 87-100 Toruń
2. Dane osobowe Oferenta przetwarzane będą dla potrzeb aktualnego i przyszłych postępowań konkursowych* - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz Kodeksu Pracy z dnia 26 czerwca 1974 r.
3. Dane osobowe Oferenta przechowywane będą przez okres aktualnego postępowania konkursowego/okres aktualnego jak i przyszłych postępowań konkursowych/przez okres 2 lat wyznaczony przez administratora*
4. Odbiorcami danych osobowych Oferenta będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz podmioty współpracujące w postępowaniu konkursowym*
5. Oferent posiada prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie
6. Oferent ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego
7. Podanie danych osobowych jest obligatoryjne w oparciu o przepisy prawa a w pozostałym zakresie jest dobrowolne
8. Podejmowanie decyzji będzie odbywało się na zasadach określonych w regulaminie konkursu, konsekwencją takiego przetwarzania będzie kontakt tylko z wybranymi Oferentami

* *niepotrzebne skreślić*

Zgodnie z art.6 ust.1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb aktualnego i przyszłych postępowań konkursowych *

.....

data i podpis Oferenta

* *niepotrzebne skreślić*

ZESPÓŁ PORADNI SPECJALISTYCZNYCH I KONSULTACYJNYCH, WOJEWÓDZKA PRZYCHODNIA ONKOLOGICZNA, WOJEWÓDZKA PRZYCHODNIA LARYNGOLOGICZNA, WOJEWÓDZKA PRZYCHODNIA REHABILITACYJNA, ZESPÓŁ PORADNI CHIRURGICZNYCH, ZESPÓŁ PORADNI POŁOŻNICZO – GINEKOLOGICZNYCH, PORADNIA CHOROÓB ZAKAŻNYCH

- Załącznik nr 3 do Szczegółowych warunków konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. L. Rydygiera w Toruniu

OFERTA

o udzielanie świadczeń zdrowotnych w siedzibie Udzielającego zamówienia w ramach

.....
komórka organizacyjna WSzZ w Toruniu dla potrzeb której Oferent proponuje świadczenie usług

1. Dane oferenta:

.....
(nazwa oferenta)

.....
/ adres do korespondencji; adres poczty elektronicznej lub numer telefonu/

2. Deklarowana liczba godzin wykonywania świadczeń w ramach czasu

a) podstawowego w wysokości równej iloczynowi dni roboczych w danym miesiącu przez h',

3. Proponuję następujące warunki wynagrodzenia:

a) za 1h udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach czasu podstawowego zł

b) za 1h udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach pełnienia dyżurów w dni powszednie zł

c) za 1h udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach pełnienia dyżurów w niedziele i święta oraz w dni wolne od pracy zł

d) za 1h przez liczbę godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w danym miesiącu w ramach czasu podstawowego za posiadany stopień naukowy zł

4. dotyczy Wojewódzkiej Przychodni Onkologicznej:

a) wynagrodzenie ryczałtowe w wysokości miesięcznie;

b) % wartości wykonanego ponad obowiązkowy limit punktów w ilości nie większej niż 400 punktów miesięcznie do podziału dla zespołu lekarzy Poradni Radioterapii;

c) zł za konsultację jednego pacjenta w ramach posiedzeń Wielodyscyplinarnego Zespołu Terapeutycznego powołanego zarządzeniem wewnętrznym nr 88/2021;

4. Okres, na jaki została złożona oferta od dnia do dnia

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Niniejszym oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia; ze szczegółowymi warunkami konkursu i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.

.....
data i podpis Oferenta

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Dotychczas wykonywałam/em na rzecz Udzielającego zamówienie takie same świadczenia zdrowotne jakich dotyczy składana oferta, w związku z powyższym oświadczam, że dokumenty wymienione w § 5 ust. 2 pkt 2-6 „Szczegółowych warunków konkursu ofert” znajdują się w posiadaniu Udzielającego zamówienie i są aktualne.

.....
data i podpis Oferenta

Klauzula Zgody

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1. Administratorem Danych Osobowych jest Wojewódzki Szpital Zespolony Toruniu , ul. Św. Józefa 53-59 , 87-100 Toruń
2. Dane osobowe Oferenta przetwarzane będą dla potrzeb aktualnego i przyszłych postępowań konkursowych* - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz Kodeksu Pracy z dnia 26 czerwca 1974 r.
3. Dane osobowe Oferenta przechowywane będą przez okres aktualnego postępowania konkursowego/okres aktualnego jak i przyszłych postępowań konkursowych/przez okres 2 lat wyznaczony przez administratora*
4. Odbiorcami danych osobowych Oferenta będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz podmioty współpracujące w postępowaniu konkursowym*
5. Oferent posiada prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie
6. Oferent ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego
7. Podanie danych osobowych jest obowiązkowe w oparciu o przepisy prawa a w pozostałym zakresie jest dobrowolne
8. Podejmowanie decyzji będzie odbywało się na zasadach określonych w regulaminie konkursu, konsekwencją takiego przetwarzania będzie kontakt tylko z wybranymi Oferentami

* *niepotrzebne skreślić*

Zgodnie z art.6 ust.1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb aktualnego i przyszłych postępowań konkursowych *

.....
data i podpis Oferenta

* *niepotrzebne skreślić*

STACJA RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

- Załącznik nr 4 do Szczegółowych warunków konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. L. Rydygiera w Toruniu

OFERTA

o udzielanie świadczeń zdrowotnych w siedzibie Udzielającego zamówienia w ramach

.....
komórka organizacyjna WSzZ w Toruniu dla potrzeb której Oferent proponuje świadczenie usług

1. Dane oferenta:

.....
(nazwa oferenta)

.....
/ adres do korespondencji; adres poczty elektronicznej lub numer telefonu/

2. Deklarowana liczba godzin wykonywania świadczeń w ramach czasu

- a) podstawowego w wysokości równej iloczynowi dni roboczych w danym miesiącu przez h',
- b) pełnienia dyżurów w dni powszednie, w niedziele i święta oraz dni wolne od pracy w ilości nie mniejszej niż..... miesięcznie.

3. Proponuję następujące warunki wynagrodzenia:

- a) za 1h udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach czasu podstawowego zł
- b) za 1h udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach pełnienia dyżurów w dni powszednie zł
- c) za 1h udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach pełnienia dyżurów w niedziele i święta oraz w dni wolne od pracy zł
- d) za 1h przez liczbę godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w danym miesiącu w ramach czasu podstawowego za posiadany stopień naukowy zł

4. Okres, na jaki została złożona oferta od dnia do dnia

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Niniejszym oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia; ze szczegółowymi warunkami konkursu i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.

.....
data i podpis Oferenta

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Dotychczas wykonywałam/em na rzecz Udzielającego zamówienie takie same świadczenia zdrowotne jakich dotyczy składana oferta, w związku z powyższym oświadczam, że dokumenty wymienione w § 5 ust. 2 pkt 2-6 „Szczegółowych warunków konkursu ofert” znajdują się w posiadaniu Udzielającego zamówienie i są aktualne.

.....
data i podpis Oferenta

Klauzula Zgody

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1. Administratorem Danych Osobowych jest Wojewódzki Szpital Zespolony Toruniu , ul. Św. Józefa 53-59 , 87-100 Toruń
2. Dane osobowe Oferenta przetwarzane będą dla potrzeb aktualnego i przyszłych postępowań konkursowych* - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz Kodeksu Pracy z dnia 26 czerwca 1974 r.
3. Dane osobowe Oferenta przechowywane będą przez okres aktualnego postępowania konkursowego/okres aktualnego jak i przyszłych postępowań konkursowych/przez okres 2 lat wyznaczony przez administratora*
4. Odbiorcami danych osobowych Oferenta będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz podmioty współpracujące w postępowaniu konkursowym*
5. Oferent posiada prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie
6. Oferent ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego
7. Podanie danych osobowych jest obligatoryjne w oparciu o przepisy prawa a w pozostałym zakresie jest dobrowolne
8. Podejmowanie decyzji będzie odbywało się na zasadach określonych w regulaminie konkursu, konsekwencją takiego przetwarzania będzie kontakt tylko z wybranymi Oferentami

** niepotrzebne skreślić*

Zgodnie z art.6 ust.1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb aktualnego i przyszłych postępowań konkursowych *

.....
data i podpis Oferenta

** niepotrzebne skreślić*

OFERTA

o udzielanie świadczeń zdrowotnych w siedzibie Udzielającego zamówienia w ramach

.....
komórka organizacyjna WSZ w Toruniu dla potrzeb której Oferent proponuje świadczenie usług

1. Dane oferenta:

.....
(nazwa oferenta)

.....
(adres do korespondencji)

.....
(adres poczty elektronicznej lub numer telefonu)

2. Deklarowana liczba godzin wykonywania świadczeń w ramach czasu

- a) podstawowego w wysokości równej iloczynowi dni roboczych w danym miesiącu przez h',
- b) pełnienia dyżurów w dni powszednie, w niedziele i święta oraz dni wolne od pracy w ilości określonej w harmonogramie udzielania świadczeń.

3. Proponuję następujące warunki wynagrodzenia:

- a) za 1h udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach czasu podstawowego zł
- b) za 1h udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach pełnienia dyżurów w dni powszednie zł
- c) za 1h udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach pełnienia dyżurów w niedziele i święta oraz w dni wolne od pracy zł
- d) za 1h przez liczbę godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w danym miesiącu w ramach czasu podstawowego za posiadany stopień naukowy zł
- e).....% stawki godzinowej określonej w pkt. b w przypadku wezwania do udzielania świadczeń zdrowotnych , w dni powszednie;
- f).....% stawki godzinowej określonej w pkt. c w przypadku wezwania do udzielania świadczeń zdrowotnych w niedziele i święta oraz dni wolne od pracy,
- g).....% prowizji obliczony na podstawie 100 % wartości określonej przez NFZ w systemie JGP dla zakresu „chirurgia” (w uzgodnionym zakresie w załączniku do umowy),
- h) zł za konsultację jednego pacjenta w ramach posiedzeń Wielospecjalistycznego Zespołu Terapeutycznego powołanego zarządzeniem wewnętrznym Nr 88/2021.

4. dotyczy Oddziału Intensywnej Terapii i Patologii Noworodka:

- a) zł za wykonanie zabiegu kardiochirurgicznego.

5. Okres, na jaki została złożona oferta od dnia do dnia

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Niniejszym oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia; ze szczegółowymi warunkami konkursu i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.

.....
data i podpis Oferenta

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Dotychczas wykonywałam/em na rzecz Udzielającego zamówienie takie same świadczenia zdrowotne jakich dotyczy składana oferta, w związku z powyższym oświadczam, że dokumenty wymienione w § 5 ust. 2 pkt 2-6 „Szczegółowych warunków konkursu ofert” znajdują się w posiadaniu Udzielającego zamówienie i są aktualne.

.....
data i podpis Oferenta

Klauzula Zgody

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1. Administratorem Danych Osobowych jest Wojewódzki Szpital Zespolony Toruniu , ul. Św. Józefa 53-59 , 87-100 Toruń
2. Dane osobowe Oferenta przetwarzane będą dla potrzeb aktualnego i przyszłych postępowań konkursowych* - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz Kodeksu Pracy z dnia 26 czerwca 1974 r.
3. Dane osobowe Oferenta przechowywane będą przez okres aktualnego postępowania konkursowego/okres aktualnego jak i przyszłych postępowań konkursowych/przez okres 2 lat wyznaczony przez administratora*
4. Odbiorcami danych osobowych Oferenta będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz podmioty współpracujące w postępowaniu konkursowym*
5. Oferent posiada prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie
6. Oferent ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego
7. Podanie danych osobowych jest obligatoryjne w oparciu o przepisy prawa a w pozostałym zakresie jest dobrowolne
8. Podejmowanie decyzji będzie odbywało się na zasadach określonych w regulaminie konkursu, konsekwencją takiego przetwarzania będzie kontakt tylko z wybranymi Oferentami

* *niepotrzebne skreślić*

Zgodnie z art.6 ust.1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb aktualnego i przyszłych postępowań konkursowych *

.....
data i podpis Oferenta

* *niepotrzebne skreślić*

SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY

- Załącznik nr 6 do Szczegółowych warunków konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. L. Rydygiera w Toruniu

OFERTA

o udzielanie świadczeń zdrowotnych w siedzibie Udzielającego zamówienia w ramach

.....
komórka organizacyjna WSzZ w Toruniu dla potrzeb której Oferent proponuje świadczenie usług

1. Dane oferenta:

.....
(nazwa oferenta)

.....
/ adres do korespondencji; adres poczty elektronicznej lub numer telefonu/

2. Deklarowana liczba godzin wykonywania świadczeń w ramach czasu

- a) podstawowego w wysokości równej iloczynowi dni roboczych w danym miesiącu przez h',
- b) pełnienia dyżurów w dni powszednie, w niedziele i święta oraz dni wolne od pracy w ilości określonej w harmonogramie udzielania świadczeń.

3. Proponuję następujące warunki wynagrodzenia:

- a) za 1h udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach czasu podstawowego zł
- b) za 1h udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach pełnienia dyżurów w dni powszednie zł
- c) za 1h udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach pełnienia dyżurów w niedziele i święta oraz w dni wolne od pracy zł
- d) za 1h przez liczbę godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w danym miesiącu w ramach czasu podstawowego za posiadany stopień naukowy zł
- e).....% stawki godzinowej określonej w pkt. b w przypadku wezwania do udzielania świadczeń zdrowotnych , w dni powszednie;
- f).....% stawki godzinowej określonej w pkt. c w przypadku wezwania do udzielania świadczeń zdrowotnych w niedziele i święta oraz dni wolne od pracy,
- g) zł za konsultację jednego pacjenta w ramach posiedzeń Wielodyscyplinarnego Zespołu Terapeutycznego powołanego zarządzeniem wewnętrznym nr 88/2021.

4. Okres, na jaki została złożona oferta od dnia do dnia

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Niniejszym oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia; ze szczegółowymi warunkami konkursu i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.

.....
data i podpis Oferenta

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Dotychczas wykonywałam/em na rzecz Udzielającego zamówienie takie same świadczenia zdrowotne jakich dotyczy składana oferta, w związku z powyższym oświadczam, że dokumenty wymienione w § 5 ust. 2 pkt 2-6 „Szczegółowych warunków konkursu ofert” znajdują się w posiadaniu Udzielającego zamówienie i są aktualne.

.....
data i podpis Oferenta

Klauzula Zgody

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1. Administratorem Danych Osobowych jest Wojewódzki Szpital Zespolony Toruniu , ul. Św. Józefa 53-59 , 87-100 Toruń
2. Dane osobowe Oferenta przetwarzane będą dla potrzeb aktualnego i przyszłych postępowań konkursowych* - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz Kodeksu Pracy z dnia 26 czerwca 1974 r.
3. Dane osobowe Oferenta przechowywane będą przez okres aktualnego postępowania konkursowego/okres aktualnego jak i przyszłych postępowań konkursowych/przez okres 2 lat wyznaczony przez administratora*
4. Odbiorcami danych osobowych Oferenta będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz podmioty współpracujące w postępowaniu konkursowym*
5. Oferent posiada prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie
6. Oferent ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego
7. Podanie danych osobowych jest obowiązkowe w oparciu o przepisy prawa a w pozostałym zakresie jest dobrowolne
8. Podejmowanie decyzji będzie odbywało się na zasadach określonych w regulaminie konkursu, konsekwencją takiego przetwarzania będzie kontakt tylko z wybranymi Oferentami

* *niepotrzebne skreślić*

Zgodnie z art.6 ust.1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb aktualnego i przyszłych postępowań konkursowych *

.....
data i podpis Oferenta

* *niepotrzebne skreślić*

WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY – WYKONANIE PROCEDUR UROLOGICZNYCH

- Załącznik nr 7 do Szczegółowych warunków konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. L. Rydygiera w Toruniu

OFERTA

o udzielanie świadczeń zdrowotnych w siedzibie Udzielającego zamówienia w ramach

.....
komórka organizacyjna WSzZ w Toruniu dla potrzeb której Oferent proponuje świadczenie usług

1. Dane oferenta:

.....
(nazwa oferenta)

.....
/ adres zamieszkania; adres poczty elektronicznej lub numer telefonu/

2. Proponuję następujące warunki wynagrodzenia:

- a).....% wartości procedur zaliczonych do grupy I, wykonywanych wyłącznie własnym personelem medycznym, własnym sprzętem oraz przy pomocy własnych środków i materiałów jednorazowych i innych niezbędnych do wykonania świadczenia;
- b).....% wartości procedur zaliczonych do grupy II wykonanych własnym personelem lekarskim oraz własnym specjalistycznym sprzętem trwałym i jednorazowym,
- c) % wartości procedur zaliczonych do grupy III.

Grupa I/ specjalności

L27 chirurgia ogólna/urologia
L29 chirurgia ogólna/urologia
L85 chirurgia ogólna/urologia
L86 chirurgia ogólna/urologia
L45 urologia
L91 urologia
L92 urologia
Q48 chirurgia ogólna/urologia
F44 chirurgia ogólna/urologia

Grupa III/Specjalności

Procedury niezaliczone do grupy I i II, które mogą być realizowane w ramach specjalności chirurgia ogólna/urologia w ramach kontraktu podpisanego przez Udzielającego zamówienie z NFZ.

Grupa II/specjalności

L05 chirurgia ogólna/urologia
L06 chirurgia ogólna/urologia
L15 chirurgia ogólna/urologia
L16 chirurgia ogólna/urologia
L54 chirurgia ogólna/urologia
L25 chirurgia ogólna/urologia
L26 chirurgia ogólna/urologia
L43 urologia
L53 urologia

4. Okres, na jaki została złożona oferta

od dnia do dnia

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Niniejszym oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia; ze szczegółowymi warunkami konkursu i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.

.....
data i podpis Oferenta

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Dotychczas wykonywałam/em na rzecz Udzielającego zamówienie takie same świadczenia zdrowotne jakich dotyczy składana oferta, w związku z powyższym oświadczam, że dokumenty wymienione w § 5 ust. 2 pkt 2-6 „Szczegółowych warunków konkursu ofert” znajdują się w posiadaniu Udzielającego zamówienie i są aktualne.

.....
data i podpis Oferenta

Klauzula Zgody

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1. Administratorem Danych Osobowych jest Wojewódzki Szpital Zespolony Toruniu , ul. Św. Józefa 53-59 , 87-100 Toruń
2. Dane osobowe Oferenta przetwarzane będą dla potrzeb aktualnego i przyszłych postępowań konkursowych* - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz Kodeksu Pracy z dnia 26 czerwca 1974 r.
3. Dane osobowe Oferenta przechowywane będą przez okres aktualnego postępowania konkursowego/okres aktualnego jak i przyszłych postępowań konkursowych/przez okres 2 lat wyznaczony przez administratora*
4. Odbiorcami danych osobowych Oferenta będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz podmioty współpracujące w postępowaniu konkursowym*
5. Oferent posiada prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie
6. Oferent ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego
7. Podanie danych osobowych jest obligatoryjne w oparciu o przepisy prawa a w pozostałym zakresie jest dobrowolne
8. Podejmowanie decyzji będzie odbywało się na zasadach określonych w regulaminie konkursu, konsekwencją takiego przetwarzania będzie kontakt tylko z wybranymi Oferentami

* *niepotrzebne skreślić*

Zgodnie z art.6 ust.1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb aktualnego i przyszłych postępowań konkursowych *

.....
data i podpis Oferenta

* *niepotrzebne skreślić*