

Formularze ofertowe:

diagnosta laboratoryjny, farmaceuta

psycholog, psychoterapeuta

technik dentystyczny

pozostałe zawody medyczne

załącznik nr 1

załącznik nr 2

załącznik nr 3

załącznik nr 4

DIAGNOSTA LABORATORYJNY, FARMACEUTA oraz inny personel wyższy

Załącznik nr 1 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 udzielania świadczeń w wysokości iloczynu dni roboczych w danym miesiącu przezh

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) za konsultację jednego pacjenta w Poradni Chirurgii Bariatrycznej i Metabolicznej - Zł
- f) % wartości zafakturowanych z NFZ procedur żywienia wskazanych w zał. Nr 1c do właściwego zarządzenia Prezesa NFZ w rodzaju leczenie szpitalne
- g) za 1 opis badania EEG w wysokości

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

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

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 *

* *niepotrzebne skreślić*

.....
data i podpis Oferenta

PSYCHOLOG, PSYCHOTERAPEUTA

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. Deklarowana liczba godzin udzielania świadczeń w wysokości iloczynu dni roboczych w danym miesiącu przezh

3. Proponuję następujące warunki wynagrodzenia:

- a) za 1h udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach czasu podstawowego zł,
- b) za 1h przez liczbę godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w danym miesiącu za posiadany stopień naukowyzł,
- c)zł za wykonanie 1 badania psychologicznego /konsultacji/ na zlecenie policji i innych podmiotów na podstawie zawartych umów pomiędzy podmiotami zlecającymi, a Udzielającym zamówienia.

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

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

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 *

* *niepotrzebne skreślić*

.....
data i podpis Oferenta

TECHNIK DENTYSTYCZNY

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. Proponuję następujące warunki wynagrodzenia:

I) Świadczenie usług techniczno - protetycznych dla potrzeb Oddziału Klinicznego Chirurgii Szcękowo - Twarzowej

- za 1h udzielania świadczeń zdrowotnych we wszystkie dni tygodnia zł,

II) Świadczenie usług techniczno - protetycznych dla potrzeb:

a) Poradni Protetycznej Regionalnego Centrum Stomatologicznego

- za każdy uznany punkt zł

b) Poradni Dentystyczno-Epidemiologicznej Regionalnego Centrum Stomatologicznego

- za każdy uznany punkt zł

c) Poradni Ortodontycznej Regionalnego Centrum Stomatologicznego

- za każdy uznany punkt zł

III) Świadczenie usług techniczno - protetycznych dla potrzeb Regionalnego Centrum Stomatologicznego - świadczenia ponadstandardowe:

- | | |
|--|----------|
| 1. Korona akrylowa | zł |
| 2. Korona lana całkowita | zł |
| 3. Korona lana licowana akrylem | zł |
| 4. Korona lana licowana porcelaną | zł |
| 5. Korona porcelanowa na podbudowie cyrkonowej | zł |

| | |
|--|----------|
| 6. Punkt w moście licowanym akrylem | zł |
| 7. Punkt w moście lanym licowanym porcelaną | zł |
| 8. Punkt porcelanowy w moście na podbudowie cyrkonowej | zł |
| 9. Korona lana licowana porcelaną na implancie | zł |
| 10. Korona tymczasowa | zł |
| 11. Proteza szkieletowa | zł |
| 12. Wkład koronowo/ korzeniowy | zł |
| 13. Wkład koronowo/korzeniowy złożony (dwu elementowy) | zł |
| 14. Szyna zgryzowa (termoformowalna) | zł |
| 15. Łyżka indywidualna kompozytowa | zł |
| 16. Naprawa protezy mały zakres | zł |
| 17. Naprawa protezy większy zakres | zł |
| 18. Podścielenie protezy techniczne | zł |
| 19. Naprawa licówki | zł |
| 20. Proteza akrylowa całkowita górna/ dolna | zł |
| 21. Proteza akrylowa pow. 8 zębów | zł |
| 22. Proteza akrylowa pow. 6 zębów | zł |
| 23. Proteza akrylowa od 1-6 zębów | zł |
| 24. Obturator | zł |
| 25. Szyna akrylanowa | zł |
| 26. Siatka wzmacniająca (srebrna) | zł |
| 27. Zatrask dokorzeniowy | zł |
| 28. Łącznik standardowy z koroną laną lic. porcelaną | zł |
| 29. Punkt w moście na implantach lic. porcelaną | zł |
| 30. Proteza akrylowa na implantach | zł |
| 31. Element utrzymujący protezę na implancie (lokator/zatrask) | zł |
| 32. Modele diagnostyczne - orientacyjne | zł |
| 33. Zasuwa, zatrask kulkowy boczny z elementem retencyjnym przy koronie wraz z wkładką wytworzoną z polipropylenu oraz z obudową matrycy w protezie szkieletowej wraz z montażem wkładki | zł |
| 34. Interlock - do każdej pracy potrzeby jest jeden interlock na stronę | zł |
| 35. Podparcie frezowane - do każdej korony z elementem retencyjnym | zł |
| 36. Zewnątrzkoronowy system mocowania protez nieosiadających za pomocą wkręcanych części retencyjnych ze stopu PALLAX lub TITANAX | zł |

IV) Świadczenie usług protetyczno - ortodontycznych dla potrzeb Regionalnego Centrum Stomatologicznego
- świadczenia ponadstandardowe:

| | |
|--|----------|
| 1. Nowy aparat ruchomy:szczęka/żuchwa | zł |
| 2. Naprawa aparatu ruchomego | zł |
| 3. Przemontowanie aparatu ruchomego | zł |
| 4. Aparat stały Hass/Hyrax - na padach | zł |

V)

a) za 1h przez liczbę godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w danym miesiącu za posiadany stopień naukowyzł,

2. Okres, na jaki została złożona oferta od.....do.....

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

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 *

* *niepotrzebne skreślić*

.....
data i podpis Oferenta

POZOSTAŁE ZAWODY MEDYCZNE (m.in.: fizjoterapeuci, opiekunowie medyczni, dietetycy, higienistki stomatologiczne, asystentki stomatologiczne, terapeuci zajęciowi, technicy elektroradiolodzy, technicy analityki medycznej, fizyk medyczny, biolog, protetyk słuchu, logopedzi, ortoptysta)

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

a).....

b).....

(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 udzielania świadczeń w wysokości iloczynu dni roboczych w danym miesiącu przez:

a)h’ dla potrzeb komórki organizacyjnej określonej w pkt. a;

b)h’ dla potrzeb komórki organizacyjnej określonej w pkt. b.

3. Proponuję następujące warunki wynagrodzenia:

I)

a) za 1h udzielania świadczeń zdrowotnych we wszystkie dni tygodnia zł,
w ramach komórki organizacyjnej określonej w pkt. a

b) za 1h udzielania świadczeń zdrowotnych we wszystkie dni tygodnia zł,
w ramach komórki organizacyjnej określonej w pkt. b

II)

a) za 1h przez liczbę godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w danym miesiącu za posiadany stopień naukowyzł,

III) Dotyczy Pracowni Kardiologii Inwazyjnej – technik elektroradiolog

a) za asystowanie przy 1 zabiegu koniecznym w świeżym zawale serca, w godz. od 14:35 do 7:00 dnia następnego, w dni powszednie oraz w niedziele, święta i dni wolne od pracy, w godz. od 7:00 do 7:00 dnia następnego zł.

b) % stawki godzinowej określonej w pkt. a za czas wezwania w przypadku braku wykonania procedury określonej w pkt. a.

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

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.

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 *

* *niepotrzebne skreślić*

.....
data i podpis Oferenta