

## Formularze ofertowe:

### Lekarze:

Oddział Kliniczny Nefrologii, Diabetologii i Chorób Wewnętrznych	załącznik nr 1
Szpitalny Oddział Ratunkowy	załącznik nr 2
Oddział Noworodków i Intensywnej Terapii Neonatologicznej	załącznik nr 3
Szpital Psychiatryczny	załącznik nr 4
Klinika Położnictwa, Chorób Kobięcych i Ginekologii Onkologicznej	załącznik nr 5
Oddział Kliniczny Kardiologii i Intensywnej Terapii Kardiologicznej, Pracownia Kardiologii Inwazyjnej	załącznik nr 6
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala Wielospecjalistycznego, Oddział Okulistyczny	załącznik nr 7
Zespół Poradni Specjalistycznych i Konsultacyjnych (Poradnia Foniatryczno-Audiologiczna, Pracy, Poradnia Medycyny Rodzinnej)	Poradnia Medycyny załącznik nr 8
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci	załącznik nr 9
Zakład Diagnostyki Obrazowej	załącznik nr 10
Oddział Urologii i Chirurgii Dziecięcej	załącznik nr 11
Regionalne Centrum Stomatologiczne	załącznik nr 12

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 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) za pełnienie obowiązków Dyrektora Szpitala, koordynację i nadzór nad zespołem dyżurnym SOR oraz nadzór nad lekami narkotycznym w trakcie pełnienia dyżuru w SOR, za 1h .....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*

SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY (w tym lekarz zabiegowy lub lekarz niezabiegowy)

- 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 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 Torunia , 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*

**ODDZIAŁ NOWORODKÓW I INTENSYWNEJ TERAPII NEONATOLOGICZNEJ**

- 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 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,

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*

**SZPITAL PSYCHIATRYCZNY**

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 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) za 1h pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych ..... zł,
- f) .....% stawki godzinowej określonej w pkt. b w przypadku wezwania do udzielania świadczeń zdrowotnych w dni powszednie,
- g) .....% stawki godzinowej określonej w pkt. c w przypadku wezwania do udzielania świadczeń zdrowotnych w niedziele i święta oraz dni wolne od pracy,
- h) za każdy uznany punkt ..... zł,
- i) .....zł za wykonanie 1 badania lekarskiego/konsultacji na zlecenie policji i innych podmiotów na podstawie zawartych umów pomiędzy podmiotami zlecającymi, a Udzielającym zamówienia.

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



## OŚWIADCZENIE OFERENTA

Niniejszym oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia; ze szczegółowymi warunkami konkursu i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w mojej ofercie do celów konkursowych, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 r. ( Dz.U. z 2016 r. poz. 922, t.j.)).

.....  
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:

9. Administratorem Danych Osobowych jest Wojewódzki Szpital Zespolony Toruniu , ul. Św. Józefa 53-59 , 87-100 Toruń
10. 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.
11. Dane osobowe Oferenta przechowywane będą przez okres aktualnego postępowania konkursowego/okres aktualnego jak i przyszłych postępowań konkursowych/przez okres 2 lat wyznaczony przez administratora\*
12. Odbiorcami danych osobowych Oferenta będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz podmioty współpracujące w postępowaniu konkursowym\*
13. 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
14. Oferent ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego
15. Podanie danych osobowych jest obligatoryjne w oparciu o przepisy prawa a w pozostałym zakresie jest dobrowolne
16. 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*

Załącznik nr 5 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,

### 4. Wynagrodzenie za udzielanie świadczeń w Poradni Położniczo-Ginekologicznej:

- a) ..... % wartości wykonanych i uznanych przez NFZ punktów.

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 Torunia , 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 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) za samodzielne wykonanie zabiegu koronaroplastyki, w godz. od 7:00 do 14:00, w dni powszednie ..... zł ,
- h) wykonanie procedury aterektomii wieńcowej (rotablacja-00.662) ..... zł;
- i) wykonanie procedury IVUS (00.241)/FFR (89.692) ..... zł.;
- j) za samodzielne wykonanie zabiegu koronarografii, w godz. od 7:00 do 14:00, w dni powszednie ..... zł ,
- k) za samodzielne wykonanie zabiegu koniecznego w świeżym zawale serca, w przypadku wezwania przez lekarza dyżurnego O) Kliniknym Kardiologii i Intensywnej Terapii Kardiologicznej, w dni powszednie, w godz. od 14:00 do 7:00 dnia następnego ..... zł ,
- l) za samodzielne wykonanie zabiegu koniecznego w świeżym zawale serca, w przypadku wezwania przez lekarza dyżurnego O) Kliniknym Kardiologii i Intensywnej Terapii Kardiologicznej, w niedziele i święta oraz dni wolne od pracy, w godz. od 7:00 do 7:00 dnia następnego ..... zł

m) za pomoc przy wykonanie zabiegu koniecznego w świeżym zawale serca, w przypadku wezwania przez lekarza wykonującego zabieg, w dni powszednie, w godz. od 14:00 do 7:00 dnia następnego oraz w niedziele i święta oraz dni wolne od pracy, w godz. od 7:00 do 7:00 dnia następnego ..... zł

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

#### OŚWIADCZENIE OFERENTA

Niniejszym oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia; ze szczegółowymi warunkami konkursu i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w mojej ofercie do celów konkursowych, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 r. ( Dz.U. z 2016 r. poz. 922, t.j.).

.....  
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 Torunia , 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 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

### 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 W SzZ 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 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*

**ODDZIAŁ ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII DLA DZIECI**

- Załącznik nr 9 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 we wszystkie dni tygodnia ..... zł
- b) .....% stawki godzinowej określonej w pkt. a za 1h pozostawania w gotowości oraz w przypadku wezwania do udzielania świadczeń

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.

.....

**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*

**ZAKŁAD DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ**

- Załącznik nr **10** 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.
- c) podstawowego w ilości nie mniejszej niż ..... h miesięcznie (niepełny wymiar)

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) ..... zł za opis 1 badania mammograficznego z programu profilaktyki finansowanej przez NFZ,
- f) ..... zł za 1h pełnienia dyżuru konsultacyjnego w trakcie dyżuru medycznego pełnionego przez lekarza odbywającego specjalizację,
- g) ..... zł za konsultację jednego pacjenta w ramach Wielodyscyplinarnego Zespołu Terapeutycznego powołanego zarządzeniem wewnętrznym.
- h) w ramach udzielania świadczeń ambulatoryjnych:
  - a) ..... zł za badanie jednej okolicy ciała za pomocą tomografu komputerowego,
  - b) ..... zł za badanie jednej okolicy ciała za pomocą rezonansu magnetycznego,
  - c) ..... zł za badanie stawu i badanie laryngologiczne za pomocą rezonansu magnetycznego,
  - d) ..... zł za badanie serca i laryngologiczne za pomocą tomografu komputerowego.

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*

**ODDZIAŁ UROLOGII I CHIRURGII DZIECIĘCEJ**

- Załącznik nr 11 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) podstawowego dla potrzeb Zespołu Poradni Specjalistycznych dla Dzieci i Dorosłych w ilości równej ..... h średniodobowo/średniomiesięcznie;
- c) 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) za 1h pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych ..... zł,
- f).....% stawki godzinowej określonej w pkt. b w przypadku wezwania do udzielania świadczeń zdrowotnych , w dni powszednie;
- g).....% stawki godzinowej określonej w pkt. c w przypadku wezwania do udzielania świadczeń zdrowotnych w niedziele i święta oraz dni wolne od pracy,
- h) za 1h pełnienia dyżuru stacjonarnego dla potrzeb zabezpieczenia transportu karetką specjalistyczną w dni powszednie w godz. od 15:00 do 20:00, w niedziele i święta oraz dni wolne od pracy w godz. od 7:00 do 20:00 oraz w przypadku realizacji transportu ..... zł
- i) za 1h pozostawania w gotowości do zabezpieczenia transportu karetką specjalistyczną, w godz. od 20:00 do 7:00 dnia następnego ..... 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*

**Regionalne Centrum Stomatologii**

Załącznik nr 12 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; 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*