

Formularze ofertowe:

Lekarze:

Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej	załącznik nr 1
Oddział Kliniczny Nefrologii, Diabetologii i Chorób Wewnętrznych	załącznik nr 2
Oddział Noworodków i Intensywnej Terapii Neonatologicznej	załącznik nr 3
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci	załącznik nr 4
Oddział Chorób Płuc, Oddział Okulistyczny	załącznik nr 5
Zakład Diagnostyki Obrazowej	załącznik nr 6
Oddziały Szpitala Specjalistycznego dla Dzieci i Dorosłych	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,
- g).....% prowizji obliczony na podstawie 100 % wartości określonej przez NFZ w systemie JGP dla zakresu „chirurgia naczyniowa” – hospitalizacja,
- h) zł za konsultację jednego pacjenta w ramach posiedzeń Wielospecjalistycznego 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 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*

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,
- 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 1hzł.

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 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 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*

ODDZIAŁ ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII DLA DZIECI

- 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 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 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.

.....
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 CHOROÓB PŁUC, ODDZIAŁ OKULISTYCZNY

- 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

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*

ZAKŁAD DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ

- 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.
- 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*

ODDZIAŁY SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO DLA DZIECI I DOROSŁYCH

- 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 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 średniotygodniowo/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

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*