

Formularze ofertowe:

Lekarze:

Poradnia Medycyny Pracy

załącznik nr 1

Oddział Hematologii

załącznik nr 2

Stacja Ratownictwa Medycznego

załącznik nr 3

Zakład Patomorfologii Klinicznej

załącznik nr 4

PORADNIA MEDYCZYNY PRACY

- 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',

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 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*

ODDZIAŁ HEMATOLOGII

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

OFERTA

o udzielanie świadczeń zdrowotnych w siedzibie Udzielającego zamówienia w ramach

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

1. Dane oferenta:

.....
(nazwa oferenta)

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

2 . Proponuję następujące warunki wynagrodzenia:

a) zł - za konsultację jednego pacjenta do planowanych alloprzeszczepeń szpiku.

..... zł

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*

STACJA RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

- 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) pełnienie dyżurów w dni powszednie, niedziele i święta oraz dni wolne od pracy w ilości nie mniejszej niż miesięcznie.

3. Proponuję następujące warunki wynagrodzenia:

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

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

OŚWIADCZENIE OFERENTA

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

.....
data i podpis Oferenta

OŚWIADCZENIE OFERENTA

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

.....
data i podpis Oferenta

Klauzula Zgody

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

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

** niepotrzebne skreślić*

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

.....
data i podpis Oferenta

** niepotrzebne skreślić*

ZAKŁAD PATOMORFOLOGII KLINICZNEJ

- 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',

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. Proponuję warunki wynagrodzenia:

- a) zł za 1 badanie histopatologiczne;
- b) zł za 1 badanie nieginekologiczne;
- c) zł za 1 badanie immunohistochemiczne;
- d) zł za 1 badanie histochemiczne;
- e) zł za 1 badanie sekcyjne;
- f) zł za 1 biopsję aspiracyjną cienkoigłową;
- g) zł za 1 badanie śródoperacyjne;
- h) zł za 1 cytologię ginekologiczną;
- i) zł za 1 trepanobiosję;
- j) zł za 1 konsultację preparatów.

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*