

Formularze ofertowe:

Psycholog/Psychoterapeuta

załącznik nr 1

Diagnosta laboratoryjny

załącznik nr 2

Pozostałe zawody medyczne

(fizjoterapeuta, higienistka stomatologiczna, technik elektroradiolog)

załącznik nr 3

Technik dentystyczny

załącznik nr 4

PSYCHOLOG/PSYCHOTERAPEUTA

Załącznik nr 1 do Szczegółowych warunków konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. L. Rydygiera w Toruniu

OFERTA

o udzielanie świadczeń zdrowotnych w siedzibie Udzielającego zamówienia w ramach

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

1. Dane oferenta:

.....
(nazwa oferenta)

.....
(adres do korespondencji)

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

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

3. Proponuję następujące warunki wynagrodzenia:

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

b) za 1h przez liczbę godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w danym miesiącu za posiadany stopień naukowy
.....zł,

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

OŚWIADCZENIE OFERENTA

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

.....
data i podpis Oferenta

OŚWIADCZENIE OFERENTA

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

.....
data i podpis Oferenta

Klauzula Zgody

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

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

DIAGNOSTA LABORATORYJNY

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

OFERTA

o udzielanie świadczeń zdrowotnych w siedzibie Udzielającego zamówienia w ramach

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

1. Dane oferenta:

.....
(nazwa oferenta)

.....
(adres do korespondencji)

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

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

3. Proponuję następujące warunki wynagrodzenia:

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

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

OŚWIADCZENIE OFERENTA

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

.....
data i podpis Oferenta

OŚWIADCZENIE OFERENTA

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

.....
data i podpis Oferenta

Klauzula Zgody

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

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

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

* *niepotrzebne skreślić*

.....
data i podpis Oferenta

POZOSTAŁE ZAWODY

(fizjoterapeuta, higienistka stomatologiczna, technik elektroradiolog)

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)

przez

(wykonywany zawód)

3. Dane oferenta:

.....
(nazwa oferenta)

.....
(adres do korespondencji)

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

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

4. Proponuję następujące warunki wynagrodzenia:

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

b) zł – za 1h przez liczbę godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w danym miesiącu za posiadany stopień naukowy.

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

OŚWIADCZENIE OFERENTA

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

.....
data i podpis Oferenta

OŚWIADCZENIE OFERENTA

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

.....
data i podpis Oferenta

Klauzula Zgody

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

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*

TECHNIK DENTYSTYCZNY

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)

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

2. Proponuję następujące warunki wynagrodzenia:

I) Świadczenie usług techniczno – protetycznych dla potrzeb Oddziału Klinicznego Chirurgii Szcękowo – Twarzowej
- zł za 1h udzielania świadczeń zdrowotnych we wszystkie dni tygodnia ,

II) Świadczenie usług techniczno – protetycznych dla potrzeb:

a) Poradni Protetycznej Regionalnego Centrum Stomatologicznego

- zł za każdy uznany punkt

b) Poradni Dentystyczno-Epidemiologicznej Regionalnego Centrum Stomatologicznego

- zł za każdy uznany punkt

c) Poradni Ortodontycznej Regionalnego Centrum Stomatologicznego

- zł za każdy uznany punkt

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

- | | |
|--|----------|
| 1. Korona akrylowa | zł |
| 2. Korona lana całkowita | zł |
| 3. Korona lana licowana akrylem | zł |
| 4. Korona lana licowana porcelaną | zł |
| 5. Korona porcelanowa na podbudowie cyrkonowej | zł |
| 6. Punkt w moście licowanym akrylem | zł |
| 7. Punkt w moście lanym licowanym porcelaną | zł |
| 8. Punkt porcelanowy w moście na podbudowie cyrkonowej | zł |
| 9. Korona lana licowana porcelaną na implancie | zł |
| 10. Korona tymczasowa | zł |
| 11. Proteza szkieletowa | zł |
| 12. Wkład koronowo/ korzeniowy | zł |
| 13. Wkład koronowo/korzeniowy złożony (dwu elementowy) | zł |
| 14. Szyna zgryzowa (termoformowalna) | zł |
| 15. Łyżka indywidualna kompozytowa | zł |

16. Naprawa protezy mały zakres	 zł
17. Naprawa protezy większy zakres	 zł
18. Podścielenie protezy techniczne	 zł
19. Naprawa licówki	 zł
20. Proteza akrylowa całkowita górna/ dolna	 zł
21. Proteza akrylowa pow. 8 zębów	 zł
22. Proteza akrylowa pow. 6 zębów	 zł
23. Proteza akrylowa od 1-6 zębów	 zł
24. Obturator	 zł
25. Szyna akrylanowa	 zł
26. Siatka wzmacniająca (srebrna)	 zł
27. Zatrask dokorzeniowy	 zł
28. Łącznik standardowy z koroną laną lic. porcelaną	 zł
29. Punkt w moście na implantach lic. porcelaną	 zł
30. Proteza akrylowa na implantach	 zł
31. Element utrzymujący protezę na implancie (lokator/zatrask)	 zł
32. Modele diagnostyczne – orientacyjne	 zł
33. Zasuwa, zatrask kulkowy boczny z elementem retencyjnym przy koronie wraz z wkładką wytworzoną z polipropylenu oraz z obudową matrycy w protezie szkieletowej wraz z montażem wkładki	 zł
34. Interlock – do każdej pracy potrzeby jest jeden interlock na stronę	 zł
35. Podparcie frezowane – do każdej korony z elementem retencyjnym	 zł
36. Zewnątrzkoronowy system mocowania protez nieosiadających za pomocą wkręcanych części retencyjnych ze stopu PALLAX lub TITANAX	 zł

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

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

V)

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

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

OŚWIADCZENIE OFERENTA

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

.....

data i podpis Oferenta

OŚWIADCZENIE OFERENTA

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

.....
data i podpis Oferenta

Klauzula Zgody

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

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

* 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