

Formularze ofertowe:

ODDZIAŁY PEDIATRYCZNE-ODDZIAŁ KLINICZNY PEDIATRII I NEFROLOGII DZIECIĘCEJ, IZBA PRZYJĘĆ	załącznik nr 1
ODDZIAŁ OTOLARYNGOLOGICZNY DLA DZIECI I DOROSŁYCH – PODODDZIAŁ DLA DOROSŁYCH oraz PODODDZIAŁ DLA DZIECI	załącznik nr 2
KLINIKA CHIRURGII OGÓLNEJ, GASTROENTEROLOGICZNEJ I ONKOLOGICZNEJ	załącznik nr 3
ODDZIAŁY SZPITALNE PSYCHIATRYCZNE, PORADNIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO, ODDZIAŁY DZIENNE PSYCHIATRYCZNE	załącznik nr 4
REGIONALNE CENTRUM STOMATOLOGII	załącznik nr 5
ODDZIAŁ ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII SZPITALA WIELOSPECJALISTYCZNEGO	załącznik nr 6
ODDZIAŁ NEUROCHIRURGII	załącznik nr 7
ODDZIAŁ ORTOPEDYCZNO- URAZOWY I ONKOLOGII NARZĄDU RUCHU	załącznik nr 8
ODDZIAŁ KLINICZNY NEFROLOGII, DIABETOLOGII I CHORÓB WEWNĘTRZNYCH, ODDZIAŁ CHORÓB PŁUC,	załącznik nr 9
SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY	załącznik nr 10
ODDZIAŁ OKULISTYCZNY	załącznik nr 11
KLINIKA POŁOŻNICTWA, CHORÓB KOBIECYCH I GINEKOLOGII ONKOLOGICZNEJ	załącznik nr 12
ODDZIAŁ NOWORODKÓW I INTENSYWNEJ TERAPII NEONATOLOGICZNEJ	załącznik nr 13

ODDZIAŁY PEDIATRYCZNE-ODDZIAŁ KLINICZNY PEDIATRII I NEFROLOGII DZIECIĘCEJ, IZBA PRZYJĘĆ

- 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

Oddziału/ Działu

Poradni.....

(komórki organizacyjne WSzZ w Toruniu dla potrzeb których Oferent proponuje świadczenie usług)

1. Dane oferenta:

.....

(nazwa oferenta)

.....

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

2. Deklarowana liczba godzin wykonywania świadczeń:

a) w ramach czasu podstawowego w wysokości równej iloczynowi dni roboczych w danym miesiącu przez h

.....',

b) w ramach pełnienia dyżurów w dni powszednie, w niedziele i święta oraz dni wolne od pracy, zgodnie z harmonogramem,

c) w Poradni, w ilości..... dni w tygodniu przezh dziennie.

3. Proponuję następujące warunki wynagrodzenia:

a) zł za 1h udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale, 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 udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach pełnienia dyżurów w Izbie Przyjęć oraz w Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej w dni powszednie,

e) zł za 1h udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach pełnienia dyżurów w Izbie Przyjęć oraz w Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej w niedziele i święta oraz w dni wolne od pracy,

f) zł za 1h udzielania świadczeń zdrowotnych w danym miesiącu w ramach czasu podstawowego za posiadany stopień naukowy,

g)% stawki godzinowej określonej w pkt. b w przypadku wezwania do udzielania świadczeń zdrowotnych, w dni powszednie,

h)% stawki godzinowej określonej w pkt. c w przypadku wezwania do udzielania świadczeń zdrowotnych, w niedziele i święta oraz w dni wolne od pracy,

i)zł za 1 h udzielania świadczeń w Poradni lub% wartości wykonanych i uznanych przez NFZ procedur zrealizowanych w Poradni do godziny 14.00,

j)zł za 1 h udzielania świadczeń w Poradni lub% wartości wykonanych i uznanych przez NFZ procedur zrealizowanych w Poradni po godzinie 14.00.

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 OTOLARYNGOLOGICZNY DLA DZIECI I DOROSŁYCH – PODODDZIAŁ DLA DOROSŁYCH oraz PODODDZIAŁ DLA DZIECI

- 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

Oddziału:

Poradni.....

(komórki organizacyjne WSzZ w Toruniu dla potrzeb których Oferent proponuje świadczenie usług)

1. Dane oferenta:

.....

(nazwa oferenta)

.....

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

2. Deklarowana liczba godzin wykonywania świadczeń:

a) w ramach czasu podstawowego w wysokości równej iloczynowi dni roboczych w danym miesiącu przez h

.....,

b) w ramach pełnienia dyżurów w dni powszednie, w niedziele i święta oraz dni wolne od pracy, zgodnie z harmonogramem,

c) w Poradni, w ilości.....dni w tygodniu przez.....h dziennie.

3. Proponuję następujące warunki wynagrodzenia:

a)zł za 1h udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale, 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 udzielania świadczeń zdrowotnych w danym miesiącu w ramach czasu podstawowego za posiadany stopień naukowy,

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 w dni wolne od pracy,

g).....zł za 1 h pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych,

h)zł za 1 h udzielania świadczeń w Poradni lub% wartości wykonanych i uznanych przez NFZ procedur zrealizowanych w Poradni do godz. 14.00,

i)zł za 1 h udzielania świadczeń w Poradni lub% wartości wykonanych i uznanych przez NFZ procedur zrealizowanych w Poradni po godz. 14.00.

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

Oddziału

Poradni.....

(komórki organizacyjne WSzZ w Toruniu, dla potrzeb których 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 Oddziale 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) udzielania świadczeń w Poradni w ilości określonej w harmonogramie udzielania świadczeń.

3. Proponuję następujące warunki wynagrodzenia:

- a) zł za 1h udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale, 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 udzielania świadczeń zdrowotnych w danym miesiącu w ramach czasu podstawowego za posiadany stopień naukowy,
- 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) zł za 1 h pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń,
- h) zł za konsultację jednego pacjenta w ramach posiedzeń Wielospecjalistycznego Zespołu Terapeutycznego powołanego zarządzeniem wewnętrznym Nr 247/2022,
- i)zł za 1h udzielania świadczeń w Poradni lub% wartości wykonanych i uznanych przez NFZ procedur zrealizowanych w Poradni do godz. 14.00,
- j)zł za 1h udzielania świadczeń w Poradni lub% wartości wykonanych i uznanych przez NFZ procedur zrealizowanych w Poradni po godz. 14.00,
- k) udział w prowizji przyznawanej na rzecz zespołu chirurgów, której ogólny limit obliczany jest jako% wartości punktowej (1 pkt = 1 zł) wykonanych i potwierdzonych przez NFZ świadczeń zrealizowanych w Oddziale,

.....

OŚWIADCZENIE OFERENTA

.....

OŚWIADCZENIE OFFERENTA

.....

Klauzula Zgody

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*

OFERTA

o udzielanie świadczeń zdrowotnych w siedzibie Udzielającego zamówienia w ramach

Oddziału:

Poradni:.....

komórki organizacyjne WSzZ w Toruniu dla potrzeb których 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) udzielania świadczeń w Poradni.....

(wpisać nazwę Poradni)

przez dni w tygodniu w ilości godzin dziennie.

3. Proponuję następujące warunki wynagrodzenia:

a) zł za 1h udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale, 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 udzielania świadczeń zdrowotnych w danym miesiącu w ramach czasu podstawowego za posiadany stopień naukowy

e)zł za 1 punkt w ramach zrealizowanych świadczeń w Poradni,

f)% stawki godzinowej określonej w pkt. b w przypadku wezwania do udzielania świadczeń zdrowotnych w dni powszednie,

- 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

Oddziału:

Poradni:.....

komórki organizacyjne WSzZ w Toruniu dla potrzeb których 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) udzielania świadczeń w Poradni.....

(wpisać nazwę Poradni)

przez dni w tygodniu w ilości godzin dziennie.

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 udzielania świadczeń zdrowotnych w danym miesiącu w ramach czasu podstawowego za posiadany stopień naukowy

e)zł za 1 punkt w ramach zrealizowanych świadczeń w Poradni,

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) % kwoty zapłaconej przez pacjenta za ponadstandardowe odpłatne świadczenia.

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 SZPITALA WIELOSPECJALISTYCZNEGO

- 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

1. Dane oferenta:

.....
(nazwa oferenta)

.....
(adres do korespondencji)

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

2. Proponuję następujące warunki wynagrodzenia:

udział w prowizji przyznawanej na rzecz zespołu lekarzy anestezjologów, której ogólny limit obliczany jest jako% ilości wykonanych i potwierdzonych punktów przez NFZ w systemie JGP zrealizowanych przez ten zespół.

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*

ODDZIAŁ NEUROCHIRURGII

- 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

Oddziału

Poradni.....

komórki organizacyjne WSzZ w Toruniu, dla potrzeb których Oferent proponuje świadczenie usług

1. Dane oferenta:

.....

(nazwa oferenta)

.....

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

2. Deklarowana liczba godzin wykonywania świadczeń średniomiesięcznie.....h.

3. Proponuję następujące warunki wynagrodzenia:

a) zł za 1h udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach pełnienia dyżurów w Oddziale, w dni powszednie

b) zł za 1h udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach pełnienia dyżurów w Oddziale w niedziele i święta oraz w dni wolne od pracy

d)zł za 1h udzielania świadczeń zdrowotnych w danym miesiącu za posiadany stopień naukowy

e) % wartości zrealizowanej i potwierdzonej przez NFZ procedury neurochirurgicznej, wykonanej na wezwanie poza godzinami ustalonymi w harmonogramie,

f) zł za konsultację jednego pacjenta w ramach posiedzeń Wielodyscyplinarnego Zespołu Terapeutycznego powołanego zarządzeniem wewnętrznym nr 247/2022,

g)zł za 1 h udzielania świadczeń w Poradni lub% wartości wykonanych i uznanych przez NFZ procedur zrealizowanych w Poradni do godziny 14.00,

h)zł za 1 h udzielania świadczeń w Poradni lub% wartości wykonanych i uznanych przez NFZ procedur zrealizowanych w Poradni po godzinie 14.00.

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 ORTOPEDYCZNO- URAZOWY I ONKOLOGII NARZĄDU RUCHU

- Załącznik nr 8 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

Oddziału

Poradni.....

komórki organizacyjne WSzZ w Toruniu, dla potrzeb których 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 Oddziale 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, w tym dyżurów łączonych z Oddziałem Urazowo-Ortopedycznym dla Dzieci i Dorosłych,
- c) udzielania świadczeń w Poradni przez dni w tygodniu w ilości godzin dziennie.

3. Proponuję następujące warunki wynagrodzenia:

- a) zł za 1h udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale w ramach czasu podstawowego
- b) zł za 1h udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach pełnienia dyżurów w Oddziale w dni powszednie
- c) zł za 1h udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach pełnienia dyżurów w Oddziale w niedziele i święta oraz w dni wolne od pracy
- d) zł za 1 h udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach pełnienia dyżurów łączonych w dni powszednie
- e) zł za 1h udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach pełnienia dyżurów łączonych w niedziele i święta oraz w dni wolne od pracy
- f) zł za 1h udzielania świadczeń zdrowotnych w danym miesiącu w ramach czasu podstawowego za posiadany stopień naukowy
- g)% stawki godzinowej określonej w pkt. b w przypadku wezwania do udzielania świadczeń zdrowotnych , w dni powszednie;
- h).....% stawki godzinowej określonej w pkt. c w przypadku wezwania do udzielania świadczeń zdrowotnych w niedziele i święta oraz dni wolne od pracy,
- i)zł za 1 h pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń
- j) zł za konsultację jednego pacjenta w ramach posiedzeń Wielospecjalistycznego Zespołu Terapeutycznego powołanego zarządzeniem wewnętrznym Nr 247/2022,
- k)zł za 1 h udzielania świadczeń w Poradni lub% wartości wykonanych i uznanych przez NFZ procedur zrealizowanych w Poradni do godziny 14.00,

- l)zł za 1 h udzielania świadczeń w Poradni lub% wartości wykonanych i uznanych przez NFZ procedur zrealizowanych w Poradni po godzinie 14.00,
- m) udział w prowizji przyznawanej na rzecz zespołu lekarzy ortopedów, której ogólny limit obliczany jest jako% wartości punktowej (1 pkt = 1 zł) wykonanych i potwierdzonych przez NFZ świadczeń z zakresów „ortopedia i traumatologia narządu ruchu-hospitalizacja”,
- n) udział w prowizji przyznawanej na rzecz lekarzy ortopedów za zabiegi operacyjne realizowane po godz. 14.00. wynoszącej.....% wartości punktowej (1 pkt = 1 zł) wykonanych i potwierdzonych przez NFZ świadczeń
- o) inne.....

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 KLINICZNY NEFROLOGII, DIABETOLOGII I CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH, ODDZIAŁ CHOROÓB PŁUC

- 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

Oddziału

Poradni.....

komórki organizacyjne WSzZ w Toruniu, dla potrzeb których Oferent proponuje świadczenie usług

1. Dane oferenta:

.....

(nazwa oferenta)

.....

/ adres do korespondencji; adres poczty elektronicznej; 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) udzielania świadczeń w Poradni zgodnie z harmonogramem.

3. Proponuję następujące warunki wynagrodzenia:

a) zł za 1h udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale, 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

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) zł za konsultację jednego pacjenta w ramach posiedzeń Wielospecjalistycznego Zespołu Terapeutycznego powołanego zarządzeniem wewnętrznym Nr 247/2022,

h)zł za 1h udzielania świadczeń w Poradni lub% wartości wykonanych i uznanych przez NFZ procedur zrealizowanych w Poradni,

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

- 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 Szpitalnego Oddziału Ratunkowego

w specjalizacji:

(wskazać specjalizację, w ramach której Oferent proponuje świadczenie usług w SOR)

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, nie mniejszej jednak niż dyżurów miesięcznie.

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 udzielania świadczeń zdrowotnych w danym miesiącu w ramach czasu podstawowego za posiadany stopień naukowy

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 OKULISTYCZNY

- 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

Oddziału:

Poradni/Pracowni :

komórki organizacyjne WSzZ w Toruniu dla potrzeb których 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) udzielania świadczeń w Poradni/Pracowni przez dni w tygodniu w ilości godzin dziennie.

3. Proponuję następujące warunki wynagrodzenia:

a) zł za 1h udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale, 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 udzielania świadczeń zdrowotnych w danym miesiącu w ramach czasu podstawowego za posiadany stopień naukowy

e).....zł za kwalifikację jednego pacjenta do Programu Lekowego,

f) zł za podanie leku w trybie ambulatoryjnym wraz z diagnostyką u jednego pacjenta w Programie Lekowym,

g).....zł za 1 h udzielania świadczeń w Poradni/Pracowni lub% wartości wykonanych i uznanych przez NFZ procedur zrealizowanych w Poradni/ Pracowni.

h) za samodzielne wykonanie zabiegów *:

- usunięcia zaćmy (B18G, B19G)zł,

- witrektomiizł

- *Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do określenia max. miesięcznego limitu zabiegów opłacanych zgodnie z powyższymi warunkami.*

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

Oddziału

Poradni.....

komórki organizacyjne WSzZ w Toruniu, dla potrzeb których 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 Oddziale 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) udzielania świadczeń w Poradni w ilości określonej w harmonogramie udzielania świadczeń.

3. Proponuję następujące warunki wynagrodzenia:

a) zł za 1h udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale, 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 udzielania świadczeń zdrowotnych w danym miesiącu w ramach czasu podstawowego za posiadany stopień naukowy

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) zł za konsultację jednego pacjenta w ramach posiedzeń Wielospecjalistycznego Zespołu Terapeutycznego powołanego zarządzeniem wewnętrznym Nr 247/2022,

h)zł za 1h udzielania świadczeń w Poradni lub% wartości wykonanych i uznanych przez NFZ procedur zrealizowanych w Poradni do godz. 14.00,

i)zł za 1h udzielania świadczeń w Poradni lub% wartości wykonanych i uznanych przez NFZ procedur zrealizowanych w Poradni po godz. 14.00,

j) inne:

.....

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 **13** 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

Oddziału:

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) 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 udzielania świadczeń zdrowotnych w danym miesiącu w ramach czasu podstawowego za posiadany stopień naukowy
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*