

## Formularze ofertowe:

KLINIKA CHIRURGII OGÓLNEJ, GASTROENTEROLOGICZNEJ I ONKOLOGICZNEJ	załącznik nr 1
KLINIKA POŁOŻNICTWA, CHOROÓB KOBIECYCH I GINEKOLOGII ONKOLOGICZNEJ	załącznik nr 2
ODDZIAŁ KLINICZNY NEFROLOGII, DIABETOLOGII I CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH	załącznik nr 3
SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY	załącznik nr 4
ODDZIAŁ KLINICZNY KARDIOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII KARDIOLOGICZNEJ, PRACOWNIA KARDIOLOGII INWAZYJNEJ, REGIONALNE CENTRUM KARDIOLOGII	załącznik nr 5
PORADNIA OKULISTYCZNA	załącznik nr 6
ODDZIAŁ OTOLARYNGOLOGICZNY DLA DOROSŁYCH, ODDZIAŁ OTOLARYNGOLOGICZNY DLA DZIECI	załącznik nr 7
ODDZIAŁ HEMATOLOGII, PORADNIA HEMATOLOGICZNA, PORADNIA IMMUNOLOGICZNA	załącznik nr 8
ODDZIAŁY SZPITALNE PSYCHIATRYCZNE	załącznik nr 9
PORADNIA ORTOPEDYCZNA	załącznik nr 10

**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,

l) 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*

**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 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 KLINICZNY NEFROLOGII, DIABETOLOGII I CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH**

- 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

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 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 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*

## 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 przez ..... dni w tygodniu w ilości ..... godzin dziennie.

### 3. Proponuję następujące warunki wynagrodzenia:

- a) ..... zł za 1h udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale 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
- e) .....% stawki godzinowej określonej w pkt. b w przypadku wezwania do udzielania świadczeń zdrowotnych, innych niż w punkcie e), w dni powszednie,
- f) .....% stawki godzinowej określonej w pkt. c w przypadku wezwania do udzielania świadczeń zdrowotnych, , innych niż w punkcie e), 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) za wykonanie (w tym na wezwaniu) zabiegów:
  - koronarografii .....zł,
  - angioplastyki .....zł
  - rotablacji .....zł
  - FFR/ IVUS .....zł,
- f) za wykonanie świadczeń:
  - .....zł -E31/E32 – wszczepienie/reoperacja rozrusznika serca lub rejestratora arytmii -
  - ..... zł -E33 - wszczepienie/wymiana rozrusznika resynchronizującego (CRT-P) lub innego układu modułującego kurczliwość serca (CCM)

- ..... zł - E34 – wszczepienie/wymiana kardiowertera-defibrylatora (ICD) jedno/dwujamowego
- ..... zł - E36 - wszczepienie/wymiana kardiowertera-defibrylatora resynchronizującego (CRT-D)
- ..... zł - E37 – reperacja/repozycja/rewizja/wymiana elektrod/y kardiowertera/defibrylatora ( w tym usunięcie przezłyne elektrod rozrusznika serca lub kardiowertera – defibrylatora)
- ..... zł - E43 – ablacja zaburzeń rytmy serca
- ..... zł - E44 - badanie elektrofizjologiczne serca (EPS)
- ..... zł - E46 – ablacja(prosta) zaburzeń rytmu z użyciem systemu elektroanatomicznego 3D
- ..... zł - E47 - ablacja (złożona) zaburzeń rytmu z użyciem systemu elektroanatomicznego 3D
- ..... zł - E48 – ablacja migotania przedsionków – izolacja żył płucnych
- ..... zł - ablacja u chorych z rozpoznaniem burzy elektrycznej

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

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

\* *niepotrzebne skreślić*

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

.....  
data i podpis Oferenta

\* *niepotrzebne skreślić*

**PORADNIA OKULISTYCZNA**

- 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

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) udzielania świadczeń w Poradni/Pracowni przez ..... dni w tygodniu w ilości ..... godzin dziennie.

3. Proponuję następujące warunki wynagrodzenia:

a).....zł za 1 h udzielania świadczeń w Poradni/Pracowni lub .....% wartości wykonanych i uznanych przez NFZ procedur zrealizowanych w Poradni/ Pracowni po godz. 14:35.

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 DOROSŁYCH, ODDZIAŁ OTOLARYNGOLOGICZNY DLA DZIECI**

- 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 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; 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 (w tym Poradnia)
- 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. a w przypadku wezwania do udzielania świadczeń zdrowotnych;
- d).....zł za konsultację jednego pacjenta w ramach posiedzeń Wielodyscyplinarnego Zespołu Terapeutycznego powołanego zarządzeniem wewnętrznym nr 247/2022,

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*

**ODDZIAŁY SZPITALNE PSYCHIATRYCZNE**

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 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,

g) .....% 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*

**PORADNIA ORTOPEDYCZNA**

- 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

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) udzielania świadczeń w Poradni przez ..... dni w tygodniu w ilości ..... godzin dziennie.

**3. Proponuję następujące warunki wynagrodzenia:**

a) .....zł za 1 h udzielania świadczeń w Poradni lub .....% wartości wykonanych i uznanych przez NFZ procedur zrealizowanych w Poradni po godzinie 14.35,

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*