

FORMULARZ OFERTY DLA LEKARZY

Imię i nazwisko oferenta

Nazwa oferenta

REGON

NIP

Adres

tel. kontaktowy

e-mail

Numer wpisu do właściwego rejestru.....

(potwierdzona kserokopią)

Numer prawa wykonywania zawodu.....

(potwierdzony kserokopią)

Specjalizacja z

(potwierdzona kserokopią dyplomu specjalizacji)

(określić stopień)

1. Proponowany termin rozpoczęcia umowy.....

2. Proponowana ilość godzin miesięcznie

3. Proponowana stawka za udzielenie świadczeń zdrowotnych :

w systemie godzinowym : (tylko dla oddziałów szpitala z wyłączeniem poradni specjalistycznych oraz zakładów i pracowni)

za 1 godzinę (w dni robocze w przedziale godzin od 7.00 do 14.00)

za 1 godzinę (w dni robocze w godz. 14.00-7.00).....

za 1 godzinę (w dni wolne od pracy od 7.00 do 7.00).....

w systemie zadaniowym: (dla oddziałów szpitala i poradni specjalistycznych)

za 1 punkt rozliczeniowy (w zł).....

za 1 procedurę (w zł).....

za 1 konsultację (w zł).....

za 1 poradę (w zł).....

Uwagi:

.....
.....
.....

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych ogłoszonym przez Specjalistyczny Szpital Miejski im. M. Kopernika w Toruniu.

.....
(data i podpis Oferenta)

KLAUZULA INFORMACYJNA

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 Specjalistyczny Szpital Miejski im. Mikołaja Kopernika ul. Batorego 17/19, 87-100 Toruń
2. Dane osobowe Oferenta przetwarzane będą dla potrzeb aktualnego i przyszłych postępowań konkursowych* - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz Kodeksu Pracy z dnia 26 czerwca 1974 r.
3. Dane osobowe Oferenta przechowywane będą przez okres aktualnego postępowania konkursowego/okres aktualnego jak i przyszłych postępowań konkursowych/przez okres 2 lat wyznaczony przez administratora*
4. Odbiorcami danych osobowych Oferenta będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz podmioty współpracujące w postępowaniu konkursowym*
5. Oferent posiada prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie
6. Oferent ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego
7. Podanie danych osobowych jest obligatoryjne w oparciu o przepisy prawa a w pozostałym zakresie jest dobrowolne
8. Podejmowanie decyzji będzie odbywało się na zasadach określonych w regulaminie konkursu, konsekwencją takiego przetwarzania będzie kontakt tylko z wybranymi Oferentami

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

* * niepotrzebne skreślić

.....
(data i podpis Oferenta)

Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z Wewnętrzną procedurą dokonywania zgłoszeń naruszeń prawa i podejmowania działań następczych w Specjalistycznym Szpitalu Miejskim im. M. Kopernika w Toruniu stanowiącą załącznik nr 1 do Zarządzenia Nr/2024 Dyrektora w Specjalistycznym Szpitalu Miejskim im. M. Kopernika w Toruniu z dnia, która została opublikowana na stronie internetowej Szpitala pod adresem www.med.torun.pl

.....
(data i podpis Oferenta)