



WOJEWÓDZKA STACJA RATOWNICTWA MEDYCZNEGO W ŁODZI

91-202 Łódź, ul. Warecka 2

tel. 42 636 15 65, fax. 42 636 14 19

email: sekretariat@wsrm.lodz.pl, www: wsrm.lodz.pl

FORMULARZ OFERTOWY

1. Dane oferenta

Nazwa oferenta (w brzmieniu podanym w CEIDG)		
Kod pocztowy i miejscowość	Pełen adres pod jakim prowadzona jest działalność	
Nr PESEL	Nr NIP	Nr REGON
Nr telefonu kontaktowego	Adres email oferenta	
Nazwa banku	Nr konta bankowego	
Wykształcenie <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe I stopnia (licencjat)	Staż pracy w ZRM jako ratownik: <input type="checkbox"/> 0-5 lat <input type="checkbox"/> 5-10 lat <input type="checkbox"/> powyżej 10 lat	

2. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych jako

Stanowisko (proszę zaznaczyć znakiem X)		Minimalna miesięczna deklarowana liczba godzin (podać odrębnie dla każdego stanowiska) (łączna liczba godzin dla wszystkich stanowisk musi wynosić minimum 60 godzin)	Deklarowana stawka za godzinę udzielania świadczeń
Postaw krzyżyk jeśli wybrałeś	Ratownik medyczny – kierownik zespołu ratownictwa medycznego	zł/godz.
Postaw krzyżyk jeśli wybrałeś	Ratownik medyczny – kierowca zespołu ratownictwa medycznego	zł/godz.

Adres do korespondencji:

90-302 Łódź; ul. Sienkiewicza 137/141



WOJEWÓDZKA STACJA RATOWNICTWA MEDYCZNEGO W ŁODZI

91-202 Łódź, ul. Warecka 2

tel. 42 636 15 65, fax. 42 636 14 19

email: sekretariat@wsrm.lodz.pl, www: wsrm.lodz.pl

Postaw krzyżyk jeśli wybrałeś	Ratownik medyczny – członek zespołu ratownictwa medycznego	zł/godz.
--	---	--	---------------

Łączna miesięczna deklarowana liczba godzin wynosi

3. Oświadczam, że do niniejszej oferty załączam (zaznaczyć krzyżykiem):

<input type="checkbox"/> Curriculum Vitae <input type="checkbox"/> Wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej <input type="checkbox"/> świadectwo o niekaralności <input type="checkbox"/> zaświadczenie lekarskie <input type="checkbox"/> kopię dyplomu poświadczającego kwalifikacje zawodowe <input type="checkbox"/> kopię prawa jazdy <input type="checkbox"/> kopię zezwolenia na prowadzenie pojazdów uprzywilejowanych	UWAGA: Dotyczy wszystkich oferentów . Brak dokumentów (lub przedstawienie oświadczeń o dostarczeniu w terminie późniejszym) spowoduje odrzucenie oferty .
<input type="checkbox"/> kopia polisy ubezpieczeniowej OC w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą lub oświadczenie jej dostarczeniu <input type="checkbox"/> kopia polisy ubezpieczeniowej obejmującej swoim zakresem szkody na mieniu Udzielającego zamówienie powstałe w związku z wykonywaniem przez Przyjmującego zamówienie czynności zawodowych oraz posiadaniem i użytkowaniem mienia Udzielającego Zamówienie lub oświadczenie jej dostarczeniu	UWAGA: Dotyczy wszystkich oferentów . Oferta zostanie odrzucona, jeśli brak będzie polis lub oświadczeń o ich dostarczeniu w terminie późniejszym.
<input type="checkbox"/> kopię aktualnej Karty Doskonalenia Zawodowego Ratownika Med.	UWAGA: Brak (lub przedstawienie oświadczeń o dostarczeniu w terminie późniejszym, nie dotyczy Oferentów, którzy nie byli zobowiązani do rozpoczęcia okresu edukacyjnego na podstawie art. 3 pkt. 2 rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 13 grudnia 2019 roku w sprawie doskonalenia zawodowego ratowników medycznych) spowoduje odrzucenie oferty .
<input type="checkbox"/> kopia certyfikatu ALS/ACLS certyfikowanego przez ERC/AHA <input type="checkbox"/> kopia certyfikatu EPLS/PALS/NLS certyfikowanego przez ERC/AHA <input type="checkbox"/> kopia certyfikatu ITLS/ETC/PHTLS	UWAGA: załączenie kopii certyfikatów wymienionych kursów nie jest obowiązkowe. Ich brak nie powoduje odrzucenia oferty . Prosimy nie załączać kopii certyfikatów szkoleń innych niż wymienione.



WOJEWÓDZKA STACJA RATOWNICTWA MEDYCZNEGO W ŁODZI

91-202 Łódź, ul. Warecka 2

tel. 42 636 15 65, fax. 42 636 14 19

email: sekretariat@wsrm.lodz.pl, www: wsrm.lodz.pl

- | | |
|---|---|
| <p><input type="checkbox"/> Oświadczam, że w dniu podpisania umowy nie będę związany inną formą zatrudnienia z Udzielającym zamówienia, w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych.</p> <p><input type="checkbox"/> Oświadczam, że w dniu podpisania umowy będę posiadał ważny Certyfikat e ZLA (ZUS) w celu podpisywania elektronicznej dokumentacji medycznej na potrzeby integracji systemu SWD PRM z systemem P1 (SIM)</p> | <p>Uwaga: warunek konieczny do spełnienia.</p> |
|---|---|

Będąc świadomym konsekwencji wynikających z poświadczenia nieprawdy oświadczam, że podane w części 1 dane są prawdziwe i mają odzwierciedlenie w stanie faktycznym.

.....
data i miejscowość

.....
podpis oferenta

Klauzula RODO

Informujemy, że:

- a) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi z siedzibą w Łodzi przy ulicy Wareckiej 2, zwana dalej „Administratorem”, która prowadzi operacje przetwarzania danych osobowych.
- b) Inspektor ochrony danych osobowych, email: iod@wsrm.lodz.pl.
- c) Dane osobowe przetwarzane będą wyłącznie w celach procesu rekrutacyjnego i nie będą udostępniane podmiotom trzecim.
- d) Podanie danych osobowych jest niezbędne do zawarcia umowy, w przypadku ich niepodania zawarcie umowy jest niemożliwe.
- e) Posiada Pani/Pan prawo do:
 - żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
 - wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania danych;
 - przenoszenia danych;
 - wniesienia skargi do organu nadzorczego;
 - cofnięcia zgody na przetwarzanie danych i wycofania oferty, w tym odebrania dokumentów.
- f) Pani/Pana dane nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu;
- g) w przypadku braku nawiązania współpracy Pani/Pana dane będą przechowywane przez 6 miesięcy.

.....
data i miejscowość

.....
podpis oferenta