



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	
Doświadczenie zawodowe w jednostkach systemu: <input type="checkbox"/> 0-5 lat <input type="checkbox"/> 5-10 lat <input type="checkbox"/> powyżej 10 lat		

2. Proponuję następującą stawkę

zł	za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych jako lekarz systemu kierownik w specjalistycznym zespole ratownictwa medycznego
----	---

3. Oświadczenie dotyczące ilości godzin:

Niniejszym oświadczam, że w przypadku nawiązania współpracy jestem gotowy/-a do udzielania świadczeń zdrowotnych w następującej ilości godzin w wymiarze miesięcznym:	
---	--



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

4. 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"/> zaświadczenie o niekaralności <input type="checkbox"/> Informacja z Krajowego Rejestru Karnego (zgodnie z art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępstwami na tle seksualnym i ochronie małoletnich) <input type="checkbox"/> zaświadczenie lekarskie <input type="checkbox"/> kopię dyplomu poświadczającego kwalifikacje zawodowe <input type="checkbox"/> kopię Prawa Wykonywania Zawodu <input type="checkbox"/> kopii wpisu do rejestru Okręgowej Izby Lekarskiej <input type="checkbox"/> kopii dyplomu ukończonej specjalizacji <input type="checkbox"/> kopia dokumentów potwierdzających zakończenie drugiego roku szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, medycyny ratunkowej, neurologii lub kopia dokumentów potwierdzających ukończenie modułu podstawowego w dziedzinie: chorób wewnętrznych, pediatrii lub chirurgii ogólnej. <input type="checkbox"/> zgoda na samodzielne pełnienie dyżurów medycznych od lekarza specjalizacji (dotyczy lekarzy w trakcie specjalizacji)	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 polisy lub oświadczenia o ich dostarczeniu w terminie późniejszym.
<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.
<input type="checkbox"/> kopia dokumentów potwierdzających rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego z zakresu medycyny ratunkowej i medycyny katastrof	UWAGA: Załączenie kopii dokumentów nie jest obowiązkowe. Ich brak nie powoduje odrzucenia oferty .

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

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

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) Kontakt do Inspektora 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