

**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:<br><input type="checkbox"/> 0-5 lat<br><input type="checkbox"/> 5-10 lat<br><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 ŁÓDZI

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<br><input type="checkbox"/> Wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej<br><input type="checkbox"/> zaświadczenie o niekaralności<br><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)<br><input type="checkbox"/> zaświadczenie lekarskie<br><input type="checkbox"/> kopię dyplomu poświadczającego kwalifikacje zawodowe<br><input type="checkbox"/> kopię Prawa Wykonywania Zawodu<br><input type="checkbox"/> kopii wpisu do rejestru Okręgowej Izby Lekarskiej<br><input type="checkbox"/> kopii dyplomu ukończonej specjalizacji<br><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.<br><input type="checkbox"/> zgoda na samodzielne pełnienie dyżurów medycznych od lekarza specjalizacji ( dotyczy lekarzy w trakcie specjalizacji) | <b>UWAGA:</b> Dotyczy <b>wszystkich oferentów</b> . Brak dokumentów (lub przedstawienie oświadczeń o dostarczeniu w terminie późniejszym) <b>spowoduje odrzucenie oferty</b> .                                |
| <input type="checkbox"/> kopia polisy ubezpieczeniowej OC w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą <b>lub</b> oświadczenie jej dostarczeniu<br><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 <b>lub</b> oświadczenie jej dostarczeniu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>UWAGA:</b> Dotyczy <b>wszystkich oferentów</b> . Oferta zostanie odrzucona, jeśli brak będzie polisy <b>lub</b> oświadczenia o ich dostarczeniu w terminie późniejszym.                                    |
| <input type="checkbox"/> kopia certyfikatu ALS/ACLS certyfikowanego przez ERC/AHA<br><input type="checkbox"/> kopia certyfikatu EPLS/PALS/NLS certyfikowanego przez ERC/AHA<br><input type="checkbox"/> kopia certyfikatu ITLS/ETC/PHTLS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>UWAGA:</b> załączenie kopii certyfikatów wymienionych kursów nie jest obowiązkowe. <b>Ich brak nie powoduje odrzucenia oferty</b> . 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>UWAGA:</b> Załączenie kopii dokumentów nie jest obowiązkowe. <b>Ich brak nie powoduje odrzucenia oferty</b> .                                                                                              |

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



## 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](mailto: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