



## 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

# 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<br><input type="checkbox"/> policealne<br><input type="checkbox"/> wyższe I stopnia (licencjat)<br><input type="checkbox"/> wyższe II stopnia (magister)<br><input type="checkbox"/> wyższe III stopnia (doktorat) | Staż pracy <b>w ZRM</b> jako ratownik lub pielęgniarka/pielęgniarsz:<br><input type="checkbox"/> 0-5 lat<br><input type="checkbox"/> 5-10 lat<br><input type="checkbox"/> powyżej 10 lat | Niniejszą ofertę składam jako osoba wykonująca zawód (zaznaczyć tylko jeden):<br><input type="checkbox"/> ratownika medycznego<br><input type="checkbox"/> pielęgniarki systemu |

## 2. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych jako

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

Łączna miesięczna deklarowana liczba godzin wynosi .....

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

### 3. 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"/> świadectwo o niekaralności<br><input type="checkbox"/> zaświadczenie lekarskie<br><input type="checkbox"/> kopię dyplomu poświadczającego kwalifikacje zawodowe<br><input type="checkbox"/> kopię prawa jazdy<br><input type="checkbox"/> kopię zezwolenia na prowadzenie pojazdów uprzywilejowanych  | <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> oświadczeń o ich dostarczeniu w terminie późniejszym.   |
| <input type="checkbox"/> kopię <b>aktualnej</b> Karty Doskonalenia Zawodowego Ratownika Med.  | <b>UWAGA:</b> dotyczy <b>wyłącznie ratowników medycznych</b> . 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) <b>spowoduje odrzucenie oferty</b> . |
| <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.  |

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) Inspektorem ochrony danych osobowych Krzysztof Radecki, 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