



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

2. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych jako

Stanowisko	Minimalna deklarowana liczba godzin	Deklarowana stawka za godzinę udzielania świadczeń
Ratownik medyczny lub pielęgniarka systemu w motocyklowym zespole ratownictwa medycznego	zł/godz.

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 .
--	--



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

<input type="checkbox"/> kopia polisy ubezpieczeniowej OC w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą lub oświadczenie o jej dostarczeniu <input type="checkbox"/> kopia polisy ubezpieczeniowej obejmującej swoim zakresem szkody na mieniu Udziałającego zamówienie powstałe w związku z wykonywaniem przez Przyjmującego zamówienie czynności zawodowych oraz posiadaniem i użytkowaniem mienia Udziałającego Zamówienie lub oświadczenie o 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: dotyczy wyłącznie ratowników medycznych . Brak (lub przedstawienie oświadczeń o dostarczeniu w terminie późniejszym nie dotyczy Oferentów, którzy nie byli zobowiązani do rozpoczęcia 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.

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:

- 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.
- Inspektor ochrony danych osobowych, email: iod@wsrm.lodz.pl.

Adres do korespondencji:

90-302 Łódź; ul. Sienkiewicza 137/141

Strona 2 z 3



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

- 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