



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 <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 pielęgniarz/pielęgniarka: <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	Minimalna miesięczna deklarowana liczba godzin (podać odrębnie dla każdego stanowiska)	Deklarowana stawka za godzinę udzielania świadczeń
Ratownik medyczny – kierownik zespołu ratownictwa medycznego	zł/godz.

Łączna miesięczna deklarowana liczba godzin wynosi



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

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

<p><input type="checkbox"/> Curriculum Vitae</p> <p><input type="checkbox"/> kopię dyplomu poświadczającego kwalifikacje zawodowe</p> <p><input type="checkbox"/> Wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej</p> <p><input type="checkbox"/> kopia polisy ubezpieczeniowej OC w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą lub oświadczenie jej dostarczeniu</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/> zaświadczenie o niekaralności</p> <p><input type="checkbox"/> kopię dokumentów potwierdzających posiadane doświadczenie zawodowe w jednostkach PRM</p> <p><input type="checkbox"/> zaświadczenie lekarskie</p>	<p>UWAGA: Brak dokumentów (lub przedstawienie oświadczeń o dostarczeniu w terminie późniejszym) spowoduje odrzucenie oferty.</p>
<p><input type="checkbox"/> kopia certyfikatu ALS/ACLS certyfikowanego przez ERC/AHA</p> <p><input type="checkbox"/> kopia certyfikatu EPLS/PALS/NLS certyfikowanego przez ERC/AHA</p> <p><input type="checkbox"/> kopia certyfikatu ITLS/ETC/PHTLS</p>	<p>UWAGA: załączenie kopii certyfikatów wymienionych kursów nie jest obowiązkowe. Ich brak nie powoduje odrzucenia oferty. Prosimy nie załączać kopii certyfikatów szkoleń innych niż wymienione.</p>
<p><input type="checkbox"/> kopię aktualnej Karty ustawicznego rozwoju zawodowego Ratownika Medycznego.</p>	<p>UWAGA: Brak (lub przedstawienie oświadczeń o dostarczeniu w terminie późniejszym, nie dotyczy Oferentów, którzy nie byli zobowiązani do rozpoczęcia okresu edukacyjnego na podstawie § 83 ust. 2 Ustawy z dnia 01.12.2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych.) spowoduje odrzucenie oferty.</p>



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

<input type="checkbox"/> Dokument potwierdzający dopełnienie obowiązku doskonalenia zawodowego w poprzednim okresie edukacyjnym lub <input type="checkbox"/> dokumenty potwierdzające uzyskanie co najmniej 200 punktów edukacyjnych w aktualnym okresie edukacyjnym.	UWAGA: Brak (nie dotyczy Oferentów, którzy uzyskali uprawnienia zawodowe w roku prowadzenia postępowania konkursowego) spowoduje odrzucenie oferty.
<input type="checkbox"/> oświadczenie i zobowiązanie do dostarczenia Karty ustawicznego rozwoju zawodowego Ratownika Medycznego.	UWAGA: dotyczy Oferentów, którzy uzyskali uprawnienia zawodowe w roku prowadzenia postępowania konkursowego. (Załącznik nr 7 do SWKO)
<input type="checkbox"/> Oświadczam, że w dniu podpisania umowy nie będę związany inną formą zatrudnienia z Udzielającym zamówienia, w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych. <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)	UWAGA: warunek konieczny do spełnienia.

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) 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