



WOJEWÓDZKA STACJA RATOWNICTWA MEDYCZNEGO W ŁODZI
91-202 Łódź, ul. Warecka 2
tel. 42 636 15 65, fax. 42 636 14 19
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: ☐ policealne ☐ wyższe I stopnia (licencjat) ☐ wyższe II stopnia (magister) ☐ wyższe III stopnia (doktorat)	Staż pracy w ZRM jako ratownik lub pielęgniarz/pielęgniarka: ☐ 0-5 lat ☐ 5-10 lat ☐ powyżej 10 lat	

2. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych jako

Stanowisko (proszę zaznaczyć znakiem X)		Minimalna miesięczna deklarowana liczba godzin (podać odrębnie dla każdego stanowiska)	Deklarowana stawka za godzinę udzielania świadczeń
Postaw krzyżyk jeśli wybrałeś	Pielęgniarka systemu – kierownik zespołu ratownictwa medycznego		 zł/godz.
Postaw krzyżyk jeśli wybrałeś	Pielęgniarka systemu – kierowca zespołu ratownictwa medycznego		 zł/godz.
Postaw krzyżyk jeśli wybrałeś	Pielęgniarka systemu – członek zespołu ratownictwa medycznego		zł/godz.

Łączna miesięczna deklarowana liczba godzin wynosi



WOJEWÓDZKA STACJA RATOWNICTWA MEDYCZNEGO W ŁODZI
91-202 Łódź, ul. Warecka 2
tel. 42 636 15 65, fax. 42 636 14 19
sekretariat@wsrm.lodz.pl, www: wsrm.lodz.pl

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

☐ Curriculum Vitae ☐ kopię dyplomu poświadczającego kwalifikacje zawodowe ☐ zaświadczenie o niekaralności lub zobowiązanie do dostarczenia ☐ 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) ☐ Wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej ☐ kopię polisy ubezpieczeniowej OC w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą <u>lub</u> oświadczenie o jej dostarczeniu ☐ kopię 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 <u>lub</u> oświadczenie o jej dostarczeniu ☐ zaświadczenie lekarskie	UWAGA: Brak dokumentów (lub przedstawienie oświadczeń o dostarczeniu w terminie późniejszym) spowoduje odrzucenie oferty.
☐ kopię certyfikatu ALS/ACLS certyfikowanego przez ERC/AHA ☐ kopię certyfikatu EPLS/PALS/NLS certyfikowanego przez ERC/AHA ☐ kopię 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.
☐ kopię prawa jazdy ☐ kopię zezwolenia na prowadzenie pojazdów uprzywilejowanych	UWAGA: 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
sekretariat@wsrm.lodz.pl, www: wsrm.lodz.pl

☐ Oświadczam, że w dniu podpisania umowy nie będę związany inną formą zatrudnienia z Udzielającym zamówienia, w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych.

☐ 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 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
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