



WOJEWÓDZKA STACJA RATOWNICTWA MEDYCZNEGO W ŁÓDZI
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: <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 | |

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 ŁÓDZI
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):

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



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

| | |
|---|---|
| <p><input type="checkbox"/> Oświadczam, że w dniu podpisania umowy nie będę związany inną formą zatrudnienia z Udzielającym zamówienia, w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych.</p> <p><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)</p> | <p>UWAGA: warunek konieczny do spełnienia.</p> |
|---|---|

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