



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



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

Łączna miesięczna deklarowana liczba godzin wynosi

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"/> 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 o niekaralności</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> |



| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kserokopię dokumentu poświadczającego dopełnienie obowiązku doskonalenia zawodowego w okresie od 2018 roku do 2022 roku | UWAGA: Brak spowoduje odrzucenie oferty. (Załącznik nr 7 do SWKO)- – dotyczy oferentów, którzy ukończyli okres edukacyjny w 2022. |
| <input type="checkbox"/> Oświadczenie o braku możliwości złożenia karty doskonalenia zawodowego z potwierdzeniem ukończenia okresu doskonalenia zawodowego przypadającego w okresie od 2019 roku do 2023 roku wraz ze zobowiązaniem o dostarczeniu stosownych dokumentów | UWAGA: Brak oświadczenia spowoduje odrzucenie oferty. (Załącznik nr 8 do SWKO)- dotyczy oferentów, którzy ukończyli okres edukacyjny w 2023 |
| <input type="checkbox"/> Oświadczenie i zobowiązanie do dostarczenia Karty Ustawicznego Rozwoju Zawodowego. | UWAGA: Brak oświadczenia spowoduje odrzucenie oferty -dotyczy Oferentów, którzy uzyskali uprawnienia zawodowe w roku prowadzenia postępowania konkursowego. (Załącznik nr 7 do SWKO) |
| <input type="checkbox"/> Kserokopia pierwszej strony książeczki doskonalenia zawodowego. | UWAGA: Brak spowoduje odrzucenie oferty, dotyczy oferentów, którzy rozpoczęli okres edukacyjny w 2020, 2021, 2022 i 2023 roku, z zastrzeżeniem iż oferent który rozpoczął okres edukacyjny w 2023 i nie uzyskał książeczki może złożyć pisemne wyjaśnienia zamiast kserokopii pierwszej strony książeczki |
| <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
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