



WOJEWÓDZKA STACJA RATOWNICTWA MEDYCZNEGO W ŁODZI

91-202 Łódź, ul. Warecka 2

tel. 42 636 15 65, fax. 42 636 14 19

FORMULARZ OFERTOWY

1. DANE OFERENTA

Nazwa firmy lub imię i nazwisko		
Pełen adres prowadzonej działalności		
Numer PESEL	Numer REGON	Numer NIP
Numer prawa wykonywania zawodu lub dyplomu		
Nazwa banku	Numer konta	
Numer telefonu	Adres email	

2. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych jako (zaznaczyć krzyżykiem):

Ratownik medyczny / pielęgniarka systemu – koordynator podstawowego zespołu ratownictwa medycznego.	☐
Ratownik medyczny / pielęgniarka systemu – członek specjalistycznego zespołu ratownictwa medycznego.	☐
Ratownik medyczny / pielęgniarka systemu z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych.	☐

3. Proponuję następującą stawkę za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych:

zł	za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych przez ratownika medycznego / pielęgniarkę systemu – koordynatora podstawowego zespołu ratownictwa medycznego.
zł	za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych przez ratownika medycznego / pielęgniarkę systemu – członka specjalistycznego zespołu ratownictwa medycznego.
zł	za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych przez ratownika medycznego / pielęgniarkę systemu z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych.

4. Sugerowane miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych (niniejsza informacja ma charakter wyłącznie poglądowy a zleceniodawca nie zobowiązuje się do zapewnienia wszystkich dyżurów we wskazanym przez oferenta miejscu)

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ powiat kutnowski | ☐ powiat łowicki | ☐ powiat łęczycki |
| ☐ powiat zgierski | ☐ powiat skierniewicki | ☐ powiat rawski |
| ☐ miasto Łódź | | |



WOJEWÓDZKA STACJA RATOWNICTWA MEDYCZNEGO W ŁODZI

91-202 Łódź, ul. Warecka 2

tel. 42 636 15 65, fax. 42 636 14 19

5. Informuję, że dotychczas świadczę usługi / pracę dla:

Nazwa	Ilość godzin

6. Informuję, że w przypadku zawarcia umowy będę kontynuował świadczenie usług / pracy dla:

Nazwa	Ilość godzin

7. Oświadczenie dotyczące ilości godzin

Niniejszym oświadczam, że w przypadku nawiązania współpracy jestem gotowy do udzielania świadczeń zdrowotnych w następującej ilości godzin w miesiącu:	
--	--

8. 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) Inspektorem ochrony danych osobowych Krzysztof Radecki, 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;
- f) Pani/Pana dane nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu;
- g) Pani/Pana dane będą przechowywane przez 5 lat.

.....
data i miejscowość

.....
podpis oferenta