



## 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

### 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 <b>w ZRM</b> jako ratownik lub pielęgniarka/pielęgniarz: <input type="checkbox"/> 0-5 lat <input type="checkbox"/> 5-10 lat <input type="checkbox"/> powyżej 10 lat	Niniejszą ofertę składam jako osoba wykonująca zawód ( <b>zaznaczyć tylko jeden</b> ): <input type="checkbox"/> ratownika medycznego <input type="checkbox"/> pielęgniarki systemu
Informuję, że posiadam: <input type="checkbox"/> staż pracy umożliwiający pełnienie funkcji kierownika podstawowego zespołu ratownictwa medycznego <input type="checkbox"/> uprawnienia do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych umożliwiające pełnienie funkcji kierowcy ZRM		

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

<input type="checkbox"/>	ratownik medyczny / pielęgniarka systemu w zespole ratownictwa medycznego
--------------------------	---

#### 3. Proponuję następującą stawkę:

a) w przypadku powierzenia funkcji kierownika podstawowego zespołu ratownictwa medycznego:

zł	za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych jako ratownik medyczny / pielęgniarka systemu w zespole ratownictwa medycznego
----	--

b) w przypadku powierzenia funkcji ratownika - kierowcy zespołu ratownictwa medycznego:

zł	za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych jako ratownik medyczny / pielęgniarka systemu w zespole ratownictwa medycznego
----	--

c) w przypadku powierzenia funkcji członka zespołu ratownictwa medycznego:

zł	za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych jako ratownik medyczny / pielęgniarka systemu w zespole ratownictwa medycznego
----	--



## 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

### 4. Oświadczenie dotyczące ilości godzin:

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

<input type="checkbox"/> Curriculum Vitae <input type="checkbox"/> Wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej <input type="checkbox"/> świadectwo o niekaralności <input type="checkbox"/> zaświadczenie lekarskie <input type="checkbox"/> kopię dyplomu poświadczającego kwalifikacje zawodowe	<b>UWAGA:</b> Dotyczy <b>wszystkich oferentów</b> . Brak dokumentów (lub przedstawienie oświadczeń o dostarczeniu w terminie późniejszym) <b>spowoduje odrzucenie oferty</b> .
<input type="checkbox"/> kopia polisy ubezpieczeniowej <b>lub</b> oświadczenie jej dostarczeniu	<b>UWAGA:</b> Dotyczy <b>wszystkich oferentów</b> . Oferta zostanie odrzucona, jeśli brak będzie polisy <b>lub</b> oświadczenia o jej dostarczeniu w terminie późniejszym.
<input type="checkbox"/> kopię <b>aktualnej</b> Karty Doskonalenia Zawodowego Ratownika Med.	<b>UWAGA:</b> dotyczy <b>wyłącznie ratowników medycznych</b> . Brak (lub przedstawienie oświadczeń o dostarczeniu w terminie późniejszym) <b>spowoduje odrzucenie oferty</b> .
<input type="checkbox"/> kopię prawa jazdy <input type="checkbox"/> kopię pozwolenia na prowadzenie pojazdów uprzywilejowanych	<b>UWAGA:</b> Brak dokumentów (lub przedstawienie oświadczeń o dostarczeniu w terminie późniejszym) <b>uniemożliwi powierzenie obowiązków kierowcy zespołu ratownictwa medycznego</b>
<input type="checkbox"/> kopia certyfikatu ALS/ACLS certyfikowanego przez ERC/AHA <input type="checkbox"/> kopia certyfikatu EPLS/PALS/NLS certyfikowanego przez ERC/AHA <input type="checkbox"/> kopia certyfikatu ITLS/ETC/PHTLS	<b>UWAGA:</b> załączenie kopii certyfikatów wymienionych kursów nie jest obowiązkowe. <b>Ich brak nie powoduje odrzucenia oferty</b> . Prosimy nie załączać kopii certyfikatów szkoleń innych niż wymienione.

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

Adres do korespondencji:

90-302 Łódź; ul. Sienkiewicza 137/141

Strona 2 z 3



## 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

### Oświadczenie dotyczące stażu pracy

Niniejszym oświadczam, że zgodnie z art. 36 ust. 5 ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. 2006, nr 191, poz. 1410 ze zm.)

POSIADAM

NIE POSIADAM

doświadczenie(a) w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego lub szpitalnym oddziale ratunkowym, w wymiarze co najmniej 5000 godzin w okresie ostatnich 5 lat.

.....  
data i miejscowość

.....  
podpis oferenta

### 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](mailto: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