



## 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   |  |
| Wyszczenie<br><input type="checkbox"/> policealne<br><input type="checkbox"/> wyższe I stopnia (licencjat)<br><input type="checkbox"/> wyższe II stopnia (magister)<br><input type="checkbox"/> wyższe III stopnia (doktorat) | Staż pracy <b>w ZRM</b> jako ratownik lub pielęgniarka/pielęgniarcz:<br><input type="checkbox"/> 0-5 lat<br><input type="checkbox"/> 5-10 lat<br><input type="checkbox"/> powyżej 10 lat | Niniejszą ofertę składam jako osoba wykonująca zawód ( <u>zaznaczyć tylko jeden</u> ):<br><input type="checkbox"/> ratownika medycznego<br><input type="checkbox"/> pielęgniarki systemu |

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

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | ratownik medyczny / pielęgniarka systemu – kierowca zespołu ratownictwa medycznego |
|--------------------------|--|

#### 3. Proponuję następującą stawkę:

|    |   |
|----|---|
| zł | za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych jako ratownik medyczny / pielęgniarka systemu kierowca ratownictwa medycznego |
|----|---|

#### 4. Oświadczenie dotyczące ilości godzin:



## 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

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

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

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Curriculum Vitae<br><input type="checkbox"/> Wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej<br><input type="checkbox"/> świadectwo o niekaralności<br><input type="checkbox"/> zaświadczenie lekarskie<br><input type="checkbox"/> kopię dyplomu poświadczającego kwalifikacje zawodowe<br><input type="checkbox"/> kopię prawa jazdy<br><input type="checkbox"/> kopię zezwolenia na prowadzenie pojazdów uprzywilejowanych | <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"/> kopia certyfikatu ALS/ACLS certyfikowanego przez ERC/AHA<br><input type="checkbox"/> kopia certyfikatu EPLS/PALS/NLS certyfikowanego przez ERC/AHA<br><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



## 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

### 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