



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	
Wysztalcenie <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/pielęgniarcz: <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 (<u>zaznaczyć tylko jeden</u>): <input type="checkbox"/> ratownika medycznego <input type="checkbox"/> pielęgniarki systemu

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

<input type="checkbox"/>	ratownik medyczny / pielęgniarka systemu – koordynator podstawowego zespołu ratownictwa medycznego
<input type="checkbox"/>	ratownik medyczny / pielęgniarka systemu z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych
<input type="checkbox"/>	ratownik medyczny / pielęgniarka systemu członek specjalistycznego zespołu ratownictwa medycznego

3. Proponuję następującą stawkę:

zł	za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych jako ratownik medyczny / pielęgniarka systemu – koordynator podstawowego zespołu ratownictwa medycznego
zł	za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych jako ratownik medyczny / pielęgniarka systemu z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych
zł	za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych jako ratownik medyczny / pielęgniarka systemu członek specjalistycznego zespołu 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:	
--	--

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

<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	UWAGA: Dotyczy wszystkich oferentów . Brak dokumentów (lub przedstawienie oświadczeń o dostarczeniu w terminie późniejszym) spowoduje odrzucenie oferty .
<input type="checkbox"/> kopia polisy ubezpieczeniowej lub oświadczenie jej dostarczeniu	UWAGA: Dotyczy wszystkich oferentów . Oferta zostanie odrzucona, jeśli brak będzie polisy lub oświadczenia o jej dostarczeniu w terminie późniejszym.
<input type="checkbox"/> kopię aktualnej Karty Doskonalenia Zawodowego Ratownika Med.	UWAGA: dotyczy wyłącznie ratowników medycznych . Brak (lub przedstawienie oświadczeń o dostarczeniu w terminie późniejszym) spowoduje odrzucenie oferty .
<input type="checkbox"/> kopię prawa jazdy <input type="checkbox"/> kopię pozwolenia na prowadzenie pojazdów uprzywilejowanych	UWAGA: Dotyczy wyłącznie ofert na pełnienie funkcji kierowcy . Brak dokumentów (lub przedstawienie oświadczeń o dostarczeniu w terminie późniejszym) spowoduje odrzucenie oferty .
<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	UWAGA: załączenie kopii certyfikatów wymienionych kursów nie jest obowiązkowe. Ich brak nie powoduje odrzucenia oferty . 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.
- 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