

FORMULARZ OFERTOWY

Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi

1. Dane oferenta

Nazwa firmy (lub imię i nazwisko)					
PESEL		REGON		NIP	
Nr prawa wykonywania zawodu lub dyplomu					
Nazwa banku i numer konta					
Telefon kontaktowy					
Adres email					

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

Ratownik medyczny / pielęgniarka systemu – koordynator podstawowego zespołu ratownictwa medycznego	
Ratownik medyczny / pielęgniarka systemu w zespołach ratownictwa medycznego typu S	
Ratownik medyczny / pielęgniarka systemu w zespołach ratownictwa medycznego typu P	
Ratownik medyczny / pielęgniarka systemu z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych	

3. Proponuję następującą stawkę za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych:

	za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych przez ratownika medycznego / pielęgniarkę systemu – koordynatora podstawowego zespołu ratownictwa medycznego
	za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych przez ratownika medycznego / pielęgniarkę systemu w zespołach ratownictwa medycznego typu S
	za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych przez ratownika medycznego / pielęgniarkę systemu w zespołach ratownictwa medycznego typu P
	za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych przez ratownika medycznego / pielęgniarkę systemu z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych

4. Informuję, że obecnie świadczę usługi dla:

Nazwa podmiotu leczniczego	Ilość godzin w miesiącu

5. Informuję, że w przypadku zawiązania umowy zamierzam kontynuować świadczenie usług dla następujących podmiotów leczniczych poza WSRM w Łodzi:

Nazwa podmiotu leczniczego	Ilość godzin w miesiącu

6. Zobowiązuje się do wykonania minimum godzin miesięcznie.

7. Oświadczenia:

Niniejszym oświadczam, że:

- a) Niniejsza oferta zawiera ponumerowanych stron.
- b) Na podstawie art. 29 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U.UE. L.2016.119.1) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych, którym jest Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi z siedzibą w Łodzi przy ul. Wareckiej 2.
- c) Zostałem poinformowany, że moje dane będą przetwarzane w procesie rekrutacji oraz procesach kadrowych w trakcie trwania umowy na świadczenie usług, których przedmiotem jest niniejszy formularz ofertowy.

.....
miejsowość i data

.....
podpis oferenta