**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 baku i numer konta |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Adres email |  |

1. **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  |  |

1. **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 |

1. **Informuję, że obecnie świadczę usługi dla:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa podmiotu leczniczego** | **Ilość godzin w miesiącu** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. **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** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. **Zobowiązuje się do wykonania minimum ………………… godzin miesięcznie.**
2. **Oświadczenia:**

Niniejszym oświadczam, że:

1. Niniejsza oferta zawiera …………… ponumerowanych stron.
2. 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.
3. 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.

…………………………………………………… …………………………………………
miejscowość i data podpis oferenta