**FORMULARZ OFERTOWY**

**do ogłoszenia nr 01/REK/SPCSM**

**o naborze kandydatów do pełnienia roli Pacjenta symulowanego**

w związku z realizacją Programu Pacjenta Symulowanego w ramach projektu *„Wdrożenie Programu Rozwojowego w oparciu o Centrum Symulacji Medycznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego”*

|  |  |
| --- | --- |
| *Imię i nazwisko kandydata* |  |
| *Prowadzę działalność gospodarczą pod firmą* *(uzupełnić jeśli dotyczy)* |  |
| *Adres zamieszkania* |  |
| *PESEL/NIP* |  |
| *Telefon* |  |
| *E-mail* |  |

Składając niniejszą ofertę oświadczam, że:

1. Mam ukończone 18 lat;
2. Nie jestem pracownikiem Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego na podstawie umowy o pracę;
3. Zapoznałem się z treścią Regulaminu Programu Pacjenta Symulowanego i w pełni akceptuję jego treść, w tym w szczególności:
4. klauzulę informacyjną w zakresie przetwarzania danych osobowych wynikającą z Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (w skrócie RODO),
5. stawkę wynagrodzenia za godzinę dydaktyczną w wysokości 27,00 złotych brutto (w przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą kwota ta zostanie powiększona o odpowiednią stawkę podatku VAT)

…………………………………..

Podpis kandydata