**FORMULARZ OFERTOWY**

**do ogłoszenia nr 05/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* |  |
| *Data urodzenia* |  |
| *Adres zamieszkania* |  |
| *Telefon* |  |
| *E-mail* |  |
| *Prowadzę działalność gospodarczą pod firmą*  *(uzupełnić jeśli dotyczy)* |  |

Składając niniejszą ofertę oświadczam, że:

1. nie jestem pracownikiem Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego zatrudnionym na podstawie umowy o pracę,
2. zapoznałam/łem się z treścią Regulaminu Programu Pacjenta Symulowanego i w pełni akceptuję jego treść, a w szczególności stawkę wynagrodzenia za godzinę dydaktyczną   
   (45 minut) w wysokości 27,00 złotych brutto,
3. posiadam doświadczenie w odgrywaniu roli Pacjenta Symulowanego lub Standaryzowanego zdobyte:

🞏 w WUM,

🞏 w innej uczelni , tj.: ……………………………………………………..……………………

Wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w mojej ofercie złożonej na potrzeby rekrutacji do programu „Pacjent Symulowany” prowadzonego przez Warszawski Uniwersytet Medyczny z siedzibą   
w Warszawie. W przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuje się do wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych   
w postaci mojego wizerunku (utrwalonego na filmach i na zdjęciach) w celach dydaktycznych, informacyjnych i promocyjnych Organizatora przez wykorzystanie w broszurach, ulotkach, plakatach, prezentacjach, filmach oraz innych materiałach dydaktycznych, promocyjnych i informacyjnych Organizatora oraz na stronie internetowej Organizatora, a także w mediach społecznościowych.

Podpis kandydata

………………………………….