

**DANE IDENTYFIKACYJNE OFERENTA**

---

Nazwa Oferenta

---

REGON

---

NIP

---

Miejscowość

---

Kod pocztowy

---

Ulica, nr lokalu

---

Telefon kontaktowy

---

Adres e-mail

---

Fax

---

Wpis do właściwego  
rejestrów (nazwa i numer)

---

Nr konta bankowego

---

Numer prawa  
wykonywania zawodu

---

Specjalizacja

---

Informacje dodatkowe  
(np. adres do  
korespondencji)

---

.....  
data

.....  
podpis i pieczęć osoby upoważnionej  
do reprezentowania Oferenta

9-5

.....  
 /dane Oferenta/  
 .....

.....  
 /dokładny adres/

**Dolnośląski Szpital Specjalistyczny**

**im. T. Marciniaka -**

**Centrum Medycyny Ratunkowej**

**Wykaz osób udzielających świadczeń zdrowotnych:**

L.p.	Imię i Nazwisko	Nr prawa wykonywania zawodu	Specjalizacja	Prowadzi działalność gospodarczą TAK / NIE	Zatrudnienie u Udzielającego zamówienia na podstawie umowy o pracę TAK / NIE	Forma zatrudnienia przez Przyjmującego zamówienie, gdy Przyjmującym zamówienie jest podmiot leczniczy  (np. umowa o pracę, umowa cywilnoprawna)

Oświadczam, że osoby wskazane powyżej nie widnieją w rejestrze z dostępem ograniczonym, o którym mowa w ustawie z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym.

.....  
 data, podpis i pieczęć Oferenta lub osoby  
 upoważnionej do reprezentowania Oferenta

f r

.....  
/Imię i nazwisko/

.....  
.....  
/dokładny adres/

## OŚWIADCZENIE

Mając na uwadze treść Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert z dnia .....  
na udzielanie świadczeń zdrowotnych w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności  
lecniczej (t.j.: Dz. U . 2024. 799) w Dolnośląskim Szpitalu Specjalistycznym im. T. Marciniaka - Centrum  
Medycyny Ratunkowej, niniejszym oświadczam, że na dzień składania oferty przez Oferenta:

- jestem pracownikiem Udzielającego zamówienia w rozumieniu Kodeksu pracy\* / nie jestem  
pracownikiem Udzielającego zamówienia w rozumieniu Kodeksu pracy\*;
- prowadzę działalność gospodarczą\* / nie prowadzę działalności gospodarczej\*;

W przypadku zawarcia umowy zobowiązuje się niezwłocznie informować Udzielającego  
zamówienie o każdej zmianie statusu wskazanego w powyższych punktach.

Niniejszym oświadczam, że w przypadku zawarcia przez Udzielającego zamówienia umowy  
z Oferentem, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów realizacji tej  
umowy, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych i Rozporządzeniem  
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).

Zastępca Dyrektora  
ds. Lecznictwa  
.....  
data, pieczęć i podpis .....  
specjalista chorób wewnętrznych  
specjalista chorób wewnętrznych

\* **niepotrzebne skreślić**

af

