

## 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



.....  
 .....  
 .....  
 dane Oferenta oraz dokładny adres

**Dolnośląski Szpital Specjalistyczny**  
**im. T. Marciniaka -**  
**Centrum Medycyny Ratunkowej**

Wykaz osób udzielających świadczeń zdrowotnych:

Lp.	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

*[Handwritten signature]*

.....  
.....  
.....  
dane Oferenta oraz dokładny adres

## OŚWIADCZENIE

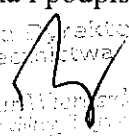
Mając na uwadze treść Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert z dnia ..... na udzielanie świadczeń zdrowotnych w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j.: Dz. U . 2024. 799.) w Dolnośląskim Szpitalu Specjalistycznym im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej, niniejszym 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).

.....  
data, pieczętka i podpis Oferenta

Zastępca Dyrektora  
ds. Lecznictwa  
  
lek. Artur Włoczek  
szpital wojewódzki im. T. Marciniaka  
ul. ... ..

\* niepotrzebne skreślić



