

**DANE IDENTYFIKACYJNE OFERENTA**

Nazwa Oferenta	
REGON	
NIP	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Ulica, nr lokalu	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	
Fax	
Wpis do właściwego rejestru (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/  
 .....

.....  
 /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

.....  
/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).

.....  
data, pieczętka i podpis

\* niepotrzebne skreślić

Dyrektor  
mgr inż. Katarzyna  Puścińska



