

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:

| 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

.....
/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. 2023. 991) 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, pieczęć i podpis

* **niepotrzebne skreślić**

Dyrektor
mgr inż. Katarzyna Kapuścińska



