

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. 2025. 450) 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

p.o. Zastępcy Dyrektora
ds. Lecznictwa
dr n. med. Tomasz Tomkalski

Dyrektor

mgr inż. Katarzyna Kapuścińska

