

**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)

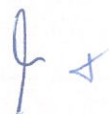
Nr konta bankowego

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:

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

.....  
.....  
.....

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. 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 Oferenta

\* niepotrzebne skreślić

Dyrektor  
  
mgr inż. Katarzyna Kapuścińska

