Dane dotyczące Udzielającego Zamówienia: **Załącznik nr 3 do Ogłoszenia**

Nazwa: **INSTYTUT „POMNIK-CENTRUM ZDROWIA DZIECKA”**

Siedziba: **04-730 Warszawa, al. DZIECI POLSKICH 20**

FORMULARZ OFERTOWY

## Dane dotyczące Przyjmującego Zamówienie:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię i Nazwisko lub**  **nazwa firmy pod którą działa Oferent** | |  |
| **ADRES** | **Kod pocztowy** |  |
| **Miejscowość** |  |
| **Ulica** |  |
| **Nr domu/ mieszkania** |  |
| **NIP\*** |  | |
| **REGON\*** |  | |
| **nr dowodu osobistego** | **Seria ………………..…numer……………………………. wydany przez…………………………….………………………………** | |
| **PESEL** |  | |
| **Nazwisko rodowe** |  | |
| **Imiona rodziców** |  | |
| **adres email** |  | |
| **telefon** |  | |

## Zobowiązania Przyjmującego Zamówienie:

Nawiązując do Ogłoszenia o konkursie ofert na Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w dziedzinie audiologii i foniatrii na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka" – 5 osób, nr sprawy KO/CZD/13/24.

1. Oświadczam, że zapoznałem się z ogłoszeniem o konkursie zawierającym w szczególności przedmiot konkursu, kryteria oceny ofert oraz warunki stawiane oferentom.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Istotnych Postanowień Umowy stanowiących załącznik nr 2 do Ogłoszenia oraz z klauzulą informacyjną, dotyczącą przetwarzania danych osobowych osób zawierających umowy o świadczenia zdrowotne znajdującą się na stronie *www.czd.pl*, w zakładce *O Instytucie* i nie zgłaszam do nich żadnych uwag.
3. Oświadczam, że dane zawarte w złożonych dokumentach, o których mowa w pkt 5.1 Ogłoszenia są aktualne   
   na dzień składania ofert.
4. Oświadczam, że podczas obowiązywania niniejszej umowy nie będę pozostawał w stosunku pracy z Udzielającym Zamówienia w zakresie pokrywającym się z przedmiotem niniejszego konkursu.
5. Posiadam/Osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia posiada **wykształcenie wyższe medyczne.**
6. Posiadam/Osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia posiada **aktualne badania lekarskie** niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych – potwierdzające spełnienie warunku, o którym mowa   
   w pkt. 5.4. Ogłoszenia.
7. Oświadczam, że przed zawarciem Umowy zobowiązuje się zapoznać ze zbiorem wytycznych i zasad obowiązujących w Instytucie „Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka” – dotyczy osób mających po raz pierwszy kontakt z organizacją pracy w Instytucie, zatrudnionych na podstawie umowy cywilnoprawnej, świadczący pracę na terenie Instytutu, zgodnie z procedurą nr PIII;QP2.

……................., dnia ……………….. …………………………………….. *(podpis Oferenta)*

**\*** informacje wymagane dla osób prowadzących działalność gospodarczą,

**Załącznik nr 3 do Ogłoszenia**

Spis załączników:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj dokumentu** | **Dołączono do oferty (zaznaczyć „x”)** | |
| **TAK** | **NIE** |
| **1** | Dokument potwierdzający posiadanie prawa wykonywania zawodu lekarza |  |  |
| **2** | Dokument potwierdzający posiadanie specjalizacji w dziedzinie audiologii i foniatrii i/lub audiologii i/lub foniatrii i/lub otorynolaryngologii i/lub być w trakcie specjalizacji z audiologii i foniatrii po 1 roku szkolenia specjalizacyjnego oraz potwierdzenie kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę w poradni specjalistycznej |  |  |
| **3** | Formularz ofertowy (załącznik nr 3 do Ogłoszenia) |  |  |
| **4** | Formularz cenowy (załącznik nr 4 do Ogłoszenia) |  |  |
| **5** | Wykaz personelu, który będzie udzielać świadczeń będących przedmiotem  umowy (załącznik nr 4.1. do Ogłoszenia) - dotyczy grupowych  praktyk lekarskich oraz podmiotów leczniczych |  |  |
| **6** | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5a do Ogłoszenia)- dotyczy osób fizycznych, jednoosobowych praktyk lekarskich oraz osób wyznaczonych przez oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem w przypadku grupowych praktyk lekarskich |  |  |
| **7** | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5b do Ogłoszenia) - dotyczy wyłącznie podmiotów leczniczych |  |  |
| **8** | Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) |  |  |
| **9** | Odpis z właściwego rejestru KRS (Krajowy Rejestr Sądowy) |  |  |
| **10** | Wydruk z RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) |  |  |
|  | Dokument uprawniający do wykonywania legalnej pracy na terenie RP osoby wyznaczonej przez oferenta do udzielania świadczeń objętych zamówieniem – dotyczy cudzoziemców. |  |  |
|  | Informacja z Krajowego Rejestru Karnego |  |  |
| **11** | Aktualna polisa OC |  |  |
| **12** | Inne- wymienić jakie  ................................................................................................ |  |  |

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

*(Podpis Oferenta)*

**Załącznik nr 4 do Ogłoszenia**

**Udzielający ZamówieniA:**

Instytut "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka", 04-730 Warszawa, Al. Dzieci Polskich 20

**PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE:**

Nazwa firmy/Imię i nazwisko Przyjmującego Zamówienie: ……………………….........….........................……........…………………………

Adres Przyjmującego Zamówienie: ……………………………………………………............………….........………………….................……………..

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w dziedzinie audiologii i foniatrii na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka” – 5 osób.**

## Formularz cenowy

**Kryterium a) Dostępność –** dotyczy osób fizycznych oraz osób fizycznych będących podmiotami wykonującymi działalność leczniczą (jednoosobowe praktyki lekarskie) **– należy uzupełnić:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa świadczenia** | **Oczekiwana liczba świadczeń w trakcie trwania umowy dla 5 osób** | **Szacunkowa deklarowana liczba świadczeń w trakcie trwania Umowy - nie może być większa niż oczekiwana liczba świadczeń (kolumna 3) oraz mniejsza niż 1.** | **Cena jednostkowa za świadczenie PLN** |
| **Numer kolumny** | **2.** | **3.** | **4.** | **5.** |
| 1. | W01 – świadczenia pohospitalizacyjne | 50 |  | **45,00 zł** |
| 2. | W02 - świadczenie receptowe | 50 |  | **10,00 zł** |
| 3. | W11 -świadczenie specjalistyczne 1 typu | 170 |  | **45,00 zł** |
| 4. | W12- świadczenie specjalistyczne 2 typu | 50 |  | **50,00 zł** |
| 5. | W13 - świadczenie specjalistyczne 3 typu | 3420 |  | **60,00 zł** |
| 6. | W40 - świadczenie pierwszorazowe 1 typu | 60 |  | **40,00 zł** |
| 7. | W41 - świadczenie pierwszorazowe 2 typu | 50 |  | **50,00 zł** |
| 8. | W42 - świadczenie pierwszorazowe 3 typu | 2360 |  | **60,00 zł** |
| 9. | Z58 - świadczenia zabiegowe | 50 |  | **90,00 zł** |
| 10. | Z105 - świadczenia zabiegowe | 1320 |  | **70,00zł** |
| 12. | porada z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności, zwana dalej teleporadą- z wyjątkiem W02 | 500 |  | **30,00 zł** |
| 13. | porada z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności, zwana dalej teleporadą - świadczenie receptowe | 50 |  | **10,00 zł** |
| 14. | Konsultacja wewnątrzszpitalna | 880 |  | **45,00zł** |
| 15. | Diagnostyka endoskopowa pacjenta hospitalizowanego w innym oddziale niż Oddział Audiologii i Foniatrii | 840 |  | **150,00 zł** |
| 16. | Diagnostyka zawrotów głowy z badaniem ENG pacjenta hospitalizowanego w innym oddziale niż Oddział Audiologii i Foniatrii | 100 |  | **410,00 zł** |
| 17. | C57 INNE CHOROBY GARDŁA, USZU I NOSA | 90 |  | **160,00 zł** |
| 18. | P03 CHOROBY GÓRNEGO ODCINKA DRÓG ODDECHOWYCH | 2130 |  | **185,00zł** |
| 19. | P16 POWAŻNE SCHORZENIA UWARUNKOWANE GENETYCZNIE I INNE CHOROBY WRODZONE | 980 |  | **250,00 zł** |
| 20. | P36 POWAŻNE CHOROBY GARDŁA, USZU I NOSA < 18 R.Ż. | 4700 |  | **410,00 zł** |
| 21. | P50 DIAGNOSTYKA I LECZENIE CHORÓB UKLADU NERWOWEGO | 7150 |  | **245,00zł** |
| 22. | BADANIE PEDOAUDIOLOGICZNE W PODEJRZENIU GŁUCHOTY U DZIECKA | 100 |  | **125,00 zł** |
| 23. | HOSPITALIZACJA Z PRZYCZYN NIE UJĘTYCH GDZIE INDZIEJ | 90 |  | **120,00 zł** |
| 24. | PZC17 MAŁE ZABIEGI USZU < 18 R.Ż. \* | 25 |  | **120,00 zł** |
|  |  | **Łączna oczekiwana liczba świadczeń w trakcie trwania umowy** *(suma wartości określonych w kolumnie nr 3)*  ***25 215*** | **Łączna deklarowana liczba świadczeń w trakcie trwania Umowy** *(należy zsumować wszystkie wartości z kolumny nr 4)*  **…………………………..………** |  |

**Udzielający Zamówienie informuje, że każda zmiana w Formularzu cenowym, w zakresie kryterium a)dostępność, będzie skutkowała odrzuceniem Oferty.**

**KRYTERIUM b) Jakość** – **-** dotyczy osób fizycznych oraz osób fizycznych będących podmiotami wykonującymi działalność leczniczą (jednoosobowe praktyki lekarskie) **– należy uzupełnić:**

Oświadczenie, o uczestnictwie w konferencjach naukowych poświęconych audiologii i foniatrii ¹: *(należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku x):*

Uczestniczyłam/em w konferencjach naukowych poświęconych audiologii i foniatrii

Nie uczestniczyłam/em w konferencjach naukowych poświęconych audiologii i foniatrii

*¹ Udzielający zamówienia ma prawo zweryfikować przekazaną informację i zwrócić się do Oferenta o przedstawienie dokumentów potwierdzających uczestnictwo w konferencjach naukowych poświęconych audiologii i foniatrii.*

*² W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o tym, że uczestniczył w konferencjach naukowych poświęconych audiologii i foniatrii, Udzielający Zamówienia nie przyzna punktów w kryterium jakość.*

.…………………., dnia ……………………… ……………………………………

*(podpis Oferenta)*

**Załącznik nr 4.1. do Ogłoszenia**

**Wykaz personelu -** dotyczy podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi (grupowe praktyki lekarskie) oraz podmiotów leczniczych**:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko osoby wyznaczonej do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia | Osoba wyznaczona do udzielania świadczeń uczestniczyła w konferencjach naukowych poświęconych audiologii i foniatrii | Osoba wyznaczona do udzielania świadczeń nie uczestniczyła w konferencjach naukowych poświęconych audiologii i foniatrii |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |

*¹ Udzielający zamówienia ma prawo zweryfikować przekazaną informację i zwrócić się do Oferenta o przedstawienie dokumentów potwierdzających uczestnictwo w konferencjach naukowych poświęconych audiologii i foniatrii.*

*² W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o tym, że uczestniczył w konferencjach naukowych poświęconych audiologii i foniatrii, Udzielający Zamówienia nie przyzna punktów w kryterium jakość.*

W przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi (grupowa praktyka lekarska), należy wybrać jedną odpowiedź osobno dla każdej z osób wyznaczonych przez Oferenta do realizacji przedmiotu zamówienia dla Kryterium b) Jakość zgodnie z załącznikiem 4.1; W przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi (grupowa praktyka lekarska), punkty w kryteriach oceny ofert będą przyznane proporcjonalnie do liczby osób, wyznaczonych przez Oferenta do realizacji przedmiotu zamówienia (na podstawie uzupełnionych danych z załącznika 4.1)

**Kryterium a) Dostępność –** dotyczy podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi (grupowe praktyki lekarskie) oraz podmiotów leczniczych *(należy uzupełnić):*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa świadczenia** | **Oczekiwana liczba świadczeń w trakcie trwania umowy** | **Oferowana przez Oferenta maksymalna miesięczna liczba świadczeń dla osoby nr 1**  **Szacunkowa deklarowana liczba świadczeń w trakcie trwania Umowy - nie może być wyższa niż oczekiwana liczba świadczeń** | **Oferowana przez Oferenta maksymalna miesięczna liczba świadczeń dla osoby nr 2**  **Szacunkowa deklarowana liczba świadczeń w trakcie trwania Umowy - nie może być wyższa niż oczekiwana liczba świadczeń** | **Oferowana przez Oferenta maksymalna miesięczna liczba świadczeń dla osoby nr 3**  **Szacunkowa deklarowana liczba świadczeń w trakcie trwania Umowy - nie może być wyższa niż oczekiwana liczba świadczeń** | **Oferowana przez Oferenta maksymalna miesięczna liczba świadczeń dla osoby nr 4**  **Szacunkowa deklarowana liczba świadczeń w trakcie trwania Umowy - nie może być wyższa niż oczekiwana liczba świadczeń** | **Oferowana przez Oferenta maksymalna miesięczna liczba świadczeń dla osoby nr 5**  **Szacunkowa deklarowana liczba świadczeń w trakcie trwania Umowy - nie może być wyższa niż oczekiwana liczba świadczeń** |
| **Numer kolumny** | **2.** | **3.** | **4.** | **5.** | **6.** | **7.** | **8.** |
| 1. | W01 – świadczenia pohospitalizacyjne | 50 |  |  |  |  |  |
| 2. | W02 - świadczenie receptowe | 50 |  |  |  |  |  |
| 3. | W11 -świadczenie specjalistyczne 1 typu | 170 |  |  |  |  |  |
| 4. | W12- świadczenie specjalistyczne 2 typu | 50 |  |  |  |  |  |
| 5. | W13 - świadczenie specjalistyczne 3 typu | 3420 |  |  |  |  |  |
| 6. | W40 - świadczenie pierwszorazowe 1 typu | 60 |  |  |  |  |  |
| 7. | W41 - świadczenie pierwszorazowe 2 typu | 50 |  |  |  |  |  |
| 8. | W42 - świadczenie pierwszorazowe 3 typu | 2360 |  |  |  |  |  |
| 9. | Z58 - świadczenia zabiegowe | 50 |  |  |  |  |  |
| 10. | Z105 - świadczenia zabiegowe | 1320 |  |  |  |  |  |
| 11. | porada z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności, zwana dalej teleporadą- z wyjątkiem W02 | 500 |  |  |  |  |  |
| 12. | porada z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności, zwana dalej teleporadą - świadczenie receptowe | 50 |  |  |  |  |  |
| 13. | Konsultacja wewnątrzszpitalna | 880 |  |  |  |  |  |
| 14. | Diagnostyka endoskopowa pacjenta hospitalizowanego w innym oddziale niż Oddział Audiologii i Foniatrii | 840 |  |  |  |  |  |
| 15. | Diagnostyka zawrotów głowy z badaniem ENG pacjenta hospitalizowanego w innym oddziale niż Oddział Audiologii i Foniatrii | 100 |  |  |  |  |  |
| 16. | C57 INNE CHOROBY GARDŁA, USZU I NOSA | 90 |  |  |  |  |  |
| 17. | P03 CHOROBY GÓRNEGO ODCINKA DRÓG ODDECHOWYCH | 2130 |  |  |  |  |  | |
| 18. | P16 POWAŻNE SCHORZENIA UWARUNKOWANE GENETYCZNIE I INNE CHOROBY WRODZONE | 980 |  |  |  |  |  | |
| 19. | P36 POWAŻNE CHOROBY GARDŁA, USZU I NOSA < 18 R.Ż. | 4700 |  |  |  |  |  | |
| 20. | P50 DIAGNOSTYKA I LECZENIE CHORÓB UKLADU NERWOWEGO | 7150 |  |  |  |  |  | |
| 21. | BADANIE PEDOAUDIOLOGICZNE W PODEJRZENIU GŁUCHOTY U DZIECKA | 100 |  |  |  |  |  | |
| 22. | HOSPITALIZACJA Z PRZYCZYN NIE UJĘTYCH GDZIE INDZIEJ | 90 |  |  |  |  |  | |
| 23. | PZC17 MAŁE ZABIEGI USZU < 18 R.Ż. \* | 25 |  |  |  |  |  | |
|  |  | **Łączna oczekiwana liczba świadczeń w trakcie trwania umowy** *(suma wartości określonych w kolumnie nr 3)*  ***25 215*** | **Łączna deklarowana liczba świadczeń w trakcie trwania Umowy** *(należy zsumować wszystkie wartości z kolumny nr 4)*  **………………………** | **Łączna deklarowana liczba świadczeń w trakcie trwania Umowy** *(należy zsumować wszystkie wartości z kolumny nr 5)*  **………………………** | **Łączna deklarowana liczba świadczeń w trakcie trwania Umowy** *(należy zsumować wszystkie wartości z kolumny nr 6)*  **………………………** | **Łączna deklarowana liczba świadczeń w trakcie trwania Umowy** *(należy zsumować wszystkie wartości z kolumny nr 7)*  **………………………** | **Łączna deklarowana liczba świadczeń w trakcie trwania Umowy** *(należy zsumować wszystkie wartości z kolumny nr 8)*  **………………………** | |

.…………………., dnia ……………………… …………………………… *(podpis Oferenta)*

**Załącznik nr 5 do Ogłoszenia**

**5a**

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych -** dotyczy osób fizycznych, jednoosobowych praktyk lekarskich oraz osób wyznaczonych przez oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem w przypadku grupowych praktyk lekarskich

Ja, niżej podpisana/podpisany………………………………………………………………….

w związku z ubieganiem się o zawarcie umowy w ramach ogłoszonych przez Instytut Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie konkursów na świadczenia zdrowotne opartych o ustawę o działalności leczniczej, na podstawie art. 6 ust.1 pkt a Rozporządzenia 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 Dz.U.UE.L.2016.119.1) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Instytut Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie.

Jednocześnie oświadczam, że znana jest mi treść klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania moich danych osobowych.

Podpis ………………………………..

LUB

**5b**

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych -** dotyczy podmiotów leczniczych

Ja, niżej podpisana/podpisany………………………………………………………………….

w związku z ubieganiem się o zawarcie umowy w ramach ogłoszonych przez Instytut Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie konkursów na świadczenia zdrowotne opartych o ustawę o działalności leczniczej, na podstawie art. 6 ust.1 pkt a Rozporządzenia 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 Dz.U.UE.L.2016.119.1) oświadczam, że osoba/y wyznaczone do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem wyraziła/y zgodę na przetwarzanie i udostępnianie swoich danych osobowych, przez Instytut Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie oraz jednocześnie oświadczam, że osoba/y wyznaczone przez oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem zapoznała/ły się z treścią klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania danych osobowych.

Podpis ………………………………..

**Załącznik nr 6 do Ogłoszenia**

…………………………………………………………………….

Imię i nazwisko [[1]](#footnote-1)

**Oświadczenie**

Ja niżej podpisana/-y oświadczam, że:

\* nie zamieszkiwałam/-em

\* zamieszkiwałam/-em w następujących państwach ………………………………………………………………..

w ostatnich 20 latach w innych państwach niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa.

Wiarygodność powyższego stwierdzam własnoręcznym podpisem i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

……………………………………………….

(data i podpis)

\*Niepotrzebne skreślić

Pracownik składa pracodawcy lub innemu organizatorowi oświadczenie o państwie lub państwach, w których zamieszkiwała w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa, oraz jednocześnie przedkłada pracodawcy lub innemu organizatorowi informację z rejestrów karnych tych państw uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi. Jeżeli prawo państwa zamieszkiwania nie przewiduje wydawania informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi, przedkłada się informację z rejestru karnego tego państwa.

W przypadku gdy prawo państwa, z którego ma być przedłożona informacja z rejestrów karnych, nie przewiduje jej sporządzenia lub w danym państwie nie prowadzi się rejestru karnego, pracownik składa pracodawcy lub innemu organizatorowi oświadczenie o tym fakcie wraz z oświadczeniem, że nie była prawomocnie skazana w tym państwie za czyny zabronione odpowiadające przestępstwom określonym w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii oraz nie wydano wobec niej innego orzeczenia, w którym stwierdzono, iż dopuścił się takich czynów zabronionych, oraz że nie ma obowiązku wynikającego z orzeczenia sądu, innego uprawnionego organu lub ustawy stosowania się do zakazu zajmowania wszelkich lub określonych stanowisk, wykonywania wszelkich lub określonych zawodów albo działalności, związanych z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem, świadczeniem porad psychologicznych, rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizacją innych zainteresowań przez małoletnich, lub z opieką nad nimi.

Podstawa prawna: art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich.

**Załącznik nr 7 do Ogłoszenia**

**Oświadczenie [[2]](#footnote-2)**

Ja niżej podpisany/a ……………………………………………………………………………………….……………………………………

zamieszkały/a………………………………………………………………………………………...……………………………..……….……

legitymujący/a się dokumentem tożsamości nr ……………………………………………………...…………………….…….

wydanym przez ………………………………………………………………………………………………………………………….….…….

numer PESEL ………………………………………………………………………………………..…………………………………….….……

**Oświadczam, że:**

* prawo w państwie obywatelstwa ………………………………………………….(wpisać nazwę państwa/państw) nie przewiduje sporządzenia informacji z rejestrów karnych lub nie prowadzi się rejestru karnego;
* prawo w państwie, w którym zamieszkiwałem/am …………………..…………………………………………….. (wpisać nazwę państwa/państw) nie przewiduje sporządzenia informacji z rejestrów karnych lub nie prowadzi się rejestru karnego.

**Oświadczam, że**:

* nie byłem/am prawomocnie skazany/a w żadnym z wyżej wymienionych państw, za czyny zabronione odpowiadające przestępstwom określonym w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii oraz nie wydano wobec mnie innego orzeczenia, w którym stwierdzono, iż dopuściłem/am się takich czynów zabronionych, oraz że nie ma obowiązku wynikającego z orzeczenia sądu, innego uprawnionego organu lub ustawy stosowania się do zakazu zajmowania wszelkich lub określonych stanowisk, wykonywania wszelkich lub określonych zawodów albo działalności, związanych z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem, świadczeniem porad psychologicznych, rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizacją innych zainteresowań przez małoletnich, lub z opieką nad nimi.

*Jestem świadomy/ a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.*

……………………………………………….

(data i podpis)

1. dotyczy osób fizycznych, jednoosobowych praktyk oraz osób wyznaczonych przez oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem [↑](#footnote-ref-1)
2. dotyczy osób fizycznych, jednoosobowych praktyk oraz osób wyznaczonych przez oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem [↑](#footnote-ref-2)