**Załącznik nr 3 do Ogłoszenia**

Dane dotyczące Udzielającego Zamówienia:

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** |  |
| **Obywatelstwo/Obywatelstwa** |  |
| **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** |  |

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

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

**Załącznik nr 3 do Ogłoszenia**

**Zobowiązania Przyjmującego Zamówienie:**

Nawiązując do Ogłoszenia o konkursie ofert pn. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w dziedzinie otolaryngologii na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka" –2 Zadania (7 osób).

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 ja/osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia podczas obowiązywania niniejszej umowy nie będę/nie będzie pozostawała/pozostawać w stosunku pracy z Udzielającym Zamówienia w zakresie pokrywającym się z przedmiotem niniejszego konkursu.
5. Oświadczam, że posiadam/Osoba wyznaczona do realizacji przedmiotu zamówienia posiada **wykształcenie wyższe medyczne.**
6. Oświadczam, że 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.
8. **Oświadczam, że składam ofertę na (*należy wskazać numer zadania/zadań poprzez postawienie znaku X*):**

**Zadanie nr 1**

**Zadanie nr 2**

**Zadanie nr 1 i Zadanie nr 2**

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

**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** | Specjalizacja I stopnia w dziedzinie laryngologii i/lub specjalizacja I stopnia w dziedzinie otolaryngologii i/lub specjalizacja w dziedzinie otorynolaryngologii i/lub lub specjalizacja w dziedzinie otorynolaryngologii dziecięcej |  |  |
| **3** | kursy z chirurgii endoskopowej zatok, chirurgii ślinianki przyusznej i nerwu twarzowego, mikrochirurgii ucha oraz chirurgii zewnętrznej nosa w obszarze laryngologii dziecięcej |  |  |
| **4** | Formularz ofertowy (załącznik nr 3 do Ogłoszenia) |  |  |
| **5** | Formularz cenowy (załącznik nr 4 do Ogłoszenia) |  |  |
| **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) lub odpis z właściwego rejestru KRS (Krajowy Rejestr Sądowy) |  |  |
| **9** | Wydruk z RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) |  |  |
| **10** | Aktualna polisa OC |  |  |
| **11** | Dokument uprawniający do wykonywania legalnej pracy na terenie RP – *dotyczy cudzoziemców* |  |  |
| **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 lekarzy specjalistów w dziedzinie otolaryngologii na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka" –2 Zadania (7 osób).**

**Formularz cenowy**

**Udzielający Zamówienie informuje, że każda zmiana w Formularzu cenowym w zakresie Kryterium 4a) Dostępność, będzie skutkowała odrzuceniem Oferty**

**Zadanie nr 1** (dotyczy realizacji przedmiotu zamówienia przez 6 lekarzy specjalistów posiadających specjalizację I stopnia w dziedzinie laryngologii i/lub specjalizację I stopnia w dziedzinie otolaryngologii i/lub specjalizację w dziedzinie otorynolaryngologii i/lub specjalizację w dziedzinie otorynolaryngologii dziecięcej, w terminie od 01.05.2024r. do 30.04.2026r., świadczenia będą udzielane w Oddziale Otolaryngologii i na Bloku Operacyjnym IPCZD)

**Kryterium 4a1) Dostępność -** dotyczy wszystkich oferentów – należy uzupełnić:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **nazwa świadczenia** | **Cena jednostkowa za świadczenie w PLN** | **Oczekiwana szacunkowa liczba świadczeń w trakcie trwania Umowy dla 1 osoby** | **Oferowana liczba świadczeń w trakcie trwania umowy (oferowana liczba nie może wynosić 0 i nie może być większa niż liczba określona w kolumnie nr 4)** |
|
|
|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **Zadanie nr 1 – Świadczenia zabiegowe** |
|
| **1.** | **C57 INNE CHOROBY GARDŁA, USZU I NOSA** | **380,00 zł** | **15** |  |
|
|
| **2.** | **P16 POWAŻNE SCHORZENIA UWARUNKOWANE GENETYCZNIE I INNE CHOROBY WRODZONE** | **535,00 zł** | **5** |  |
| **3.** | **P99 INNE CHOROBY DZIECI** | **255,00 zł** | **5** |  |
| **4.** | **PZC03 USUNIĘCIE MIGDAŁKÓW I INNE ZABIEGI JAMY USTNEJ, GARDŁA I KRTANI < 18 R.Ż.** | **605,00 zł** | **120** |  |
|
|
| **5.** | **PZC12 ŚREDNIE ZABIEGI KOREKCYJNE WAD WRODZONYCH TWARZOCZASZKI, JAMY USTNEJ I GARDŁA < 18 R.Ż.** | **1 230,00 zł** | **5** |  |
|
|
| **6.** | **PZC13 MAŁE ZABIEGI KOREKCYJNE WAD WRODZONYCH TWARZOCZASZKI, JAMY USTNEJ I GARDŁA < 18 R.Ż.** | **630,00 zł** | **35** |  |
|
|
| **7.** | **PZC16 ŚREDNIE ZABIEGI USZU < 18 R.Ż.** | **390,00 zł** | **5** |  |
|
|
| **8.** | **PZC17 MAŁE ZABIEGI USZU < 18 R.Ż.** | **250,00 zł** | **40** |  |
|
| **9.** | **PZC18 KOMPLEKSOWE ZABIEGI NOSA < 18 R.Ż.** | **1 850,00 zł** | **10** |  |
|
| **10.** | **PZC19 DUŻE ZABIEGI NOSA < 18 R.Ż.** | **1 055,00 zł** | **10** |  |
|
| **11.** | **PZC23 ŚREDNIE ZABIEGI ENDOSKOPOWE < 18 R.Ż.** | **665,00 zł** | **5** |  |
|
|
| **12.** | **D06 ŚREDNIE ZABIEGI KLATKI PIERSIOWEJ** | **500,00 zł** | **5** |  |
| **13.** | **P36 POWAŻNE CHOROBY GARDŁA, USZU I NOSA < 18 R.Ż.** | **985,00 zł** | **5** |  |
|
|
| **14.** | **PZA03 ŚREDNIE ZABIEGI WEWNĄTRZCZASZKOWE < 18 R.Ż.** | **2 270,00 zł** | **5** |  |
|
|
| **15.** | **PZB03 ŚREDNIE ZABIEGI NA OCZODOLE I APARACIE ŁZOWYM < 18 R.Ż** | **725,00 zł** | **20** |  |
| **16.** | **PZC01 KOMPLEKSOWE ZABIEGI JAMY USTNEJ, GARDŁA I KRTANI < 18 R.Ż.** | **4 330,00 zł** | **10** |  |
|
|
| **17.** | **PZC02 DUŻE ZABIEGI JAMY USTNEJ, GARDŁA I KRTANI < 18 R.Ż.** | **925,00 zł** | **10** |  |
|
|
| **18.** | **PZC04 MAŁE ZABIEGI JAMY USTNEJ, GARDŁA I KRTANI < 18 R.Ż.** | **105,00 zł** | **5** |  |
| **19.** | **PZC06 DUŻE ZABIEGI SZCZĘKOWO-TWARZOWE < 18 R.Ż.** | **3 085,00 zł** | **5** |  |
|
|
| **20.** | **PZC15 DUŻE ZABIEGI USZU < 18 R.Ż.** | **1 320,00 zł** | **10** |  |
|
|
| **21.** | **PZC20 ŚREDNIE ZABIEGI NOSA < 18 R.Ż.** | **605,00 zł** | **5** |  |
|
| **22.** | **PZC21 MAŁE ZABIEGI NOSA < 18 R.Ż.** | **175,00 zł** | **5** |  |
|
| **23.** | **PZK02 ZABIEGI DOTYCZĄCE TARCZYCY I PRZYTARCZYC** | **1 405,00 zł** | **10** |  |
|
|
| **24.** | **Q19 Średnie zabiegi na układzie limfatycznym** | **630,00 zł** | **5** |  |
| **25.** | **B42 DUŻE ZABIEGI NA OCZODOLE I APARACIE ŁZOWYM** | **2 240,00 zł** | **20** |  |
| **26.** | **Dyżur medyczny w oddziale otolaryngologii** | **180,00 zł /h** | **75**  |  |
|  |  | **Razem** | **450** | **………………………… - należy podsumować liczbę wszystkich świadczeń z kolumny nr 5** |

**Łączna deklarowana liczba świadczeń w trakcie trwania umowy dla Zadania nr 1 wynosi ..........................**

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

**Zadanie nr 2** (dotyczy realizacji przedmiotu zamówienia przez 7 lekarzy specjalistów posiadających specjalizację I stopnia w dziedzinie laryngologii i/lub specjalizację I stopnia w dziedzinie otolaryngologii i/lub specjalizację w dziedzinie otorynolaryngologii i/lub specjalizację w dziedzinie otorynolaryngologii dziecięcej, w terminie od 01.05.2024r. do 30.04.2026r., świadczenia będą udzielane w Poradni Laryngologicznej IPCZD)

**Kryterium 4a2) Dostępność –** wszystkich oferentów – należy uzupełnić:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **nazwa świadczenia** | **Cena jednostkowa za świadczenie w PLN** | **Oczekiwana szacunkowa liczba świadczeń w trakcie trwania Umowy dla 1 osoby** | **Oferowana liczba świadczeń w trakcie trwania umowy (oferowana liczba nie może wynosić 0 i nie może być większa niż liczba określona w kolumnie nr 4)** |
|
|
|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **Zadanie nr 2 – Świadczenia ambulatoryjne** |
| **1.** | **W01 ŚWIADCZENIE POHOSPITALIZACYJNE** | **45,00 zł** | **285** |  |
|
|
| **2.** | **W02 ŚWIADCZENIE RECEPTOWE** | **10,00 zł** | **4** |  |
| **3.** | **W11 ŚWIADCZENIE SPECJALISTYCZNE 1-GO TYPU** | **45,00 zł** | **515** |  |
| **4.** | **W12 ŚWIADCZENIE SPECJALISTYCZNE 2-GO TYPU** | **50,00 zł** | **185** |  |
| **5.** | **W13 ŚWIADCZENIE SPECJALISTYCZNE 3-GO TYPU** | **63,00 zł** | **715** |  |
| **6.** | **Z105 ŚWIADCZENIA ZABIEGOWE - GRUPA 105** | **145,00 zł** | **200** |  |
| **7.** | **Z58 ŚWIADCZENIA ZABIEGOWE - GRUPA 58** | **155,00 zł** | **28** |  |
| **8.** | **Z102 ŚWIADCZENIA ZABIEGOWE - GRUPA 102** | **90,00 zł** | **5** |  |
| **9.** | **Z103 ŚWIADCZENIA ZABIEGOWE - GRUPA 103** | **135,00 zł** | **28** |  |
| **10.** | **konsultacja wewnątrzszpitalna** | **45,00 zł** | **250** |  |
|  |  | **Razem** | **2215** | **………………………… - należy podsumować liczbę wszystkich świadczeń z kolumny nr 5** |
|

**Łączna deklarowana liczba świadczeń w trakcie trwania umowy dla Zadania nr 2 wynosi ..........................**

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

**Kryterium b): Jakość 1 ² ³** – **dotyczy osób fizycznych oraz osób fizycznych będących podmiotami wykonującymi działalność leczniczą** (jednoosobowe praktyki lekarskie): Oświadczenie Oferenta, że posiada udokumentowane dodatkowe kwalifikacje zawodowe inne niż niezbędne do przystąpienia do postępowania konkursowego, takie jak: kursy z chirurgii endoskopowej zatok, chirurgii ślinianki przyusznej i nerwu twarzowego, mikrochirurgii ucha oraz chirurgii zewnętrznej nosa w obszarze laryngologii dziecięcej (*należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X*):

 Oświadczam, że posiadam dodatkowe udokumentowane kwalifikacje zawodowe

 Oświadczam, że nie posiadam dodatkowych udokumentowanych kwalifikacji zawodowych

¹ *W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o dokumentach potwierdzających posiadanie udokumentowanych dodatkowych kwalifikacji zawodowych, ale je przedstawi Udzielający Zamówienia uzna, że Oferent posiada wymienione dokumenty i przyzna punkty w kryterium jakość.*

*2 W przypadku, gdy Oferent wskaże w Formularzu cenowym, że posiada dokument potwierdzający posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych, ale go nie przedstawi, Udzielający Zamówienia nie przyzna punktów w kryterium jakość.*

*³ W przypadku, gdy Oferent przedstawi co najmniej jeden z dokumentów potwierdzających posiadanie dodatkowych kwalifikacji, Udzielający Zamówienia przyzna maksymalną liczbę 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. | Oferent | Jakość ¹ ² ³ Oświadczenie Oferenta, że osoba wyznaczona do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia posiada udokumentowane dodatkowe kwalifikacje zawodowe inne niż niezbędne do przystąpienia do postępowania konkursowego, takie jak: kursy z chirurgii endoskopowej zatok, chirurgii ślinianki przyusznej i nerwu twarzowego, mikrochirurgii ucha oraz chirurgii zewnętrznej nosa w obszarze laryngologii dziecięcej |
| Imię i nazwisko osoby wyznaczonej do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia | Osoba wyznaczona do udzielania świadczeń nie posiada dodatkowych kwalifikacji zawodowych | Osoba wyznaczona do udzielania świadczeń posiada i przedstawia dodatkowe kwalifikacje zawodowe |
| należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X |
| 1. |   |   |    |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |
| 7. |   |   |    |

*¹ W przypadku, gdy Oferent nie wskaże w Formularzu cenowym informacji o dokumentach potwierdzających posiadanie udokumentowanych dodatkowych kwalifikacji zawodowych, ale je przedstawi Udzielający Zamówienia uzna, że Oferent posiada wymienione dokumenty i przyzna punkty w kryterium jakość.*

*2 W przypadku, gdy Oferent wskaże w Formularzu cenowym, że posiada dokument potwierdzający posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych, ale go nie przedstawi, Udzielający Zamówienia nie przyzna punktów w kryterium jakość.*

*³ W przypadku, gdy Oferent przedstawi co najmniej jeden z dokumentów potwierdzających posiadanie dodatkowych kwalifikacji, Udzielający Zamówienia przyzna maksymalną liczbę 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)

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

**Załącznik nr 5 do Ogłoszenia**

**5a**

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych -** dotyczy osób fizycznych, osób fizycznych prowadzących indywidualną działalność gospodarczą oraz osób wyznaczonych przez Oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem w przypadku spółki partnerskiej**:**

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)