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** |  |
| **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 w zakresie opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka" – 3 Zadania (8 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 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.**
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. 5.3. 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 zadanie numer (*należy wskazać numer zadania/zadań poprzez postawienie znaku X*) - dopuszczalne jest składanie ofert na całość zamówienia lub dane zadanie/zadania:**

**Zadanie nr 1 - Poradnia psychiatryczna dla Dzieci i Młodzieży**

**Zadanie nr 2 – Oddział Dzienny Psychiatrii Dziecięcej**

**Zadanie nr 3 – Oddział Psychiatrii Dzieci i Młodzieży**

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

**Załącznik nr 3 do Ogłoszenia**

Spis załączników:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj dokumentu** | **Dołączono do oferty (zaznaczyć „x”)** |
| **TAK** | **NIE** |
| **1** | certyfikat psychoterapeuty oraz warunki określone w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie *zdrowia psychicznego (*Dz.U.2023.1972 art. 87 z późn. zm.) art. 5 |  |  |
| **2** | tytuł specjalisty w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży lub decyzja ministra właściwego do spraw zdrowia o uznaniu dorobku naukowego lub zawodowego za równoważny ze zrealizowaniem programu szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie, zgodnie z art. 28 ust. 1 *ustawy* z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2023 r. poz. 506) |  |  |
| **3** | tytuł specjalisty w dziedzinie psychoterapii lub decyzja ministra właściwego do spraw zdrowia o uznaniu dorobku naukowego lub zawodowego za równoważny ze zrealizowaniem programu szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie, zgodnie z art. 28 ust. 1 *ustawy* z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia |  |  |
| **4** | Dokument potwierdzający ubieganie się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty oraz warunki określone w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie *zdrowia psychicznego (*Dz.U.2023.1972 art. 87 z późn. zm.) art. 5 |  |  |
| **5** | Dokument potwierdzający bycie w trakcie specjalizacji z psychoterapii dzieci i młodzieży lub psychoterapii, oraz warunki określone w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie *zdrowia psychicznego (*Dz.U.2023.1972 art. 87 z późn. zm.) art. 5 |  |  |
| **6** | Formularz ofertowy (załącznik nr 3 do Ogłoszenia) |  |  |
| **7** | Formularz cenowy (załącznik nr 4a do Ogłoszenia) |  |  |
| **8** | Formularz cenowy (załącznik nr 4b do Ogłoszenia) |  |  |
| **9** | Formularz cenowy (załącznik nr 4c do Ogłoszenia) |  |  |
| **10** | Wykaz personeluktóry będzie udzielać świadczeń będących przedmiotem umowy (załącznik nr 4.1. do Ogłoszenia) - dotyczy spółek partnerskich i podmiotów leczniczych |  |  |
|  **11** | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5a do Ogłoszenia)- dotyczy osób fizycznych, osób fizycznych prowadzących indywidualną działalność gospodarczą oraz w przypadku spółki partnerskiej |  |  |
| **12** | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5b do Ogłoszenia) - dotyczy wyłącznie podmiotów leczniczych |  |  |
| **13** | DOKUMENTY NIEOBOWIĄZKOWE (FAKULTATYWNE) SZCZEGÓŁOWO OPISANE W PKT. 5.4. OGŁOSZENIA |  |  |
| **14** | Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej)  |  |  |
| **15** | Wydruk z RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą)  |  |  |
| **16** | Aktualna polisa OC |  |  |

................................................. Podpis Oferenta

**Załącznik nr 4a 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 w zakresie opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka" – 3 Zadania (8 osób).**

**Formularz cenowy dla Zadania nr 1**

**Kryterium a) Cena – dotyczy wszystkich Oferentów (należy uzupełnić):**

1. **Świadczenie terapeutyczne/psychologiczne 60 min + 30 min na dokumentację** …………………………. zł brutto/za świadczenie

Słownie: ………………………………………………………………….…………………………..……..……..zł brutto

1. **Świadczenie terapeutyczne/psychologiczne 90 min + 30 min na dokumentację**  …………………………. zł brutto/za świadczenie

Słownie: …………………………………………………………….………………………………..……..……..zł brutto

1. **Wykonywanie czynności poza udzielaniem świadczeń terapeutycznych w bezpośrednim kontakcie z pacjentem** …………………………. zł brutto/za godzinę

Słownie: …………………………………………………………………..………………………..……..……..zł brutto

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

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

**Kryterium b) Jakość ¹ ² ³ – dotyczy wszystkich Oferentów- Oświadczam, że posiadam i załączam dokument potwierdzający ukończenie kursu lub szkolenia z zakresu:** Dokument potwierdzający ukończenie szkolenia z zakresu pracy z dzieckiem z diagnozą m.in. zaburzeń zachowania, zaburzeń opozycyjno-buntowniczych, Zespołem Aspergera, depresji, zaburzeń lękowych, zaburzeń psychosomatycznych, zaburzeń więzi i/lub Dokument potwierdzający ukończenie szkolenia z zakresu diagnozy, interwencji i pomocy psychologicznej m.in. w przypadkach seksualnego wykorzystywania dzieci, problemów alkoholowych i przemocy w rodzinie i/lub Dokument potwierdzający ukończenie szkolenia z dialogu motywującego *(należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A. | Brak dodatkowych udokumentowanych kwalifikacji zawodowych |  |
| B. | Przedstawiam dodatkowe udokumentowane kwalifikacje zawodowe | 🗌 |

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 minimum jeden z wymienionych dokumentów, otrzyma maksymalną liczbę punktów w kryterium Jakość.*

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

**Załącznik nr 4b 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 w zakresie opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka" – 3 Zadania (8 osób).**

**Formularz cenowy dla Zadania nr 2**

**Kryterium a) Cena – dotyczy wszystkich Oferentów (należy uzupełnić):**

**…………………………. zł brutto za godzinę udzielania świadczeń**

**Słownie: ………………………………………………………………….…………………………..……..…….. zł brutto**

**Kryterium b) Jakość ¹ ² ³ – dotyczy wszystkich Oferentów- Oświadczam, że posiadam i załączam dokument potwierdzający ukończenie kursu lub szkolenia z zakresu:** Dokument potwierdzający ukończenie szkolenia z zakresu psychoterapii poznawczo-behawioralnej dzieci i młodzieży i/lub szkolenie z zakresu pracy z dziećmi z autyzmem *(należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A. | Brak dodatkowych udokumentowanych kwalifikacji zawodowych |  |
| B. | Przedstawiam dodatkowe udokumentowane kwalifikacje zawodowe | 🗌 |

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 minimum jeden z wymienionych dokumentów, otrzyma maksymalną liczbę punktów w kryterium Jakość.*

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

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

**Załącznik nr 4c 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 w zakresie opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej na rzecz pacjentów Instytutu "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka" – 3 Zadania (8 osób).**

**Formularz cenowy dla Zadania nr 3**

**Kryterium a) Cena – dotyczy wszystkich Oferentów (należy uzupełnić):**

**…………………………. zł brutto za godzinę udzielania świadczeń**

**Słownie: ………………………………………………………………….…………………………..……..…….. zł brutto**

**Kryterium b) Jakość ¹ ² ³ – dotyczy wszystkich Oferentów- Oświadczam, że posiadam i załączam dokument potwierdzający ukończenie kursu lub szkolenia z zakresu:** Dokument potwierdzający ukończenie szkolenia z zakresu terapii grupowej skoncentrowanej na traumie dla dzieci i rodziców z doświadczeniem zespołu stresu pourazowego i/lub Dokument potwierdzający ukończenie Szkolenia z zakresu wsparcia i pomocy rodzinie z problemem alkoholowym i przemocą w rodzinie i/lub Dokument potwierdzający ukończenie Szkolenia z zakresu Testu SOR ( Skali Oceny Rodziny) *(należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A. | Brak dodatkowych udokumentowanych kwalifikacji zawodowych |  |
| B. | Przedstawiam dodatkowe udokumentowane kwalifikacje zawodowe | 🗌 |

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 minimum jeden z wymienionych dokumentów, otrzyma maksymalną liczbę punktów w kryterium Jakość.*

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

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

**Załącznik nr 4.1. do Ogłoszenia**

**Wykaz personelu -** dotyczy podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi (spółki partnerskie) oraz podmiotów leczniczych**:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Osoba wyznaczona do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia** | **Numer Zadania** | **Jakość ¹ ²** |
|  | **Imię i nazwisko** | Do wyboru: Zadanie nr 1,Zadanie nr 2,Zadanie nr 3 | Osoba wyznaczona do udzielania świadczeń nie posiada dodatkowych udokumentowanych kwalifikacji zawodowych SZCZEGÓŁOWO OPISANYCH W PKT. 5.4. OGŁOSZENIA | Osoba wyznaczona do udzielania świadczeń posiada dodatkowe udokumentowane kwalifikacje zawodowe SZCZEGÓŁOWO OPISANE W PKT. 5.4. OGŁOSZENIA |
| ***Należy wpisać cyfrę 1, 2 lub 3*** | ***należy wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku X*** |
| 1. |   |  |   |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |

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 minimum jeden z wymienionych dokumentów, otrzyma maksymalną liczbę punktów w kryterium Jakość.*

W przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących podmiotami leczniczymi (spółki partnerskie), 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 (spółki partnerskie), 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, jednoosobowych działalności gospodarczych oraz osób wyznaczonych przez oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem w przypadku spółek partnerskich

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)