

Imię i Nazwisko.....

**Składający ofertę oświadcza, że:**

wyraża zgodę na przetwarzanie, administrowanie, archiwizowanie danych osobowych w związku z postępowaniem konkursowym i w zakresie niezbędnym do realizacji świadczeń będących przedmiotem konkursu w oparciu o art. 32 ust. 4 w związku z art. 29 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

**Ponadto składający ofertę oświadcza:**

1. zapoznałam/-em się z treścią ogłoszenia konkursu ofert, szczegółowymi warunkami konkursu ofert, Regulaminem przeprowadzenia konkursu ofert o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne oraz projektem umowy, akceptuję ich treść i nie wnoszę żadnych zastrzeżeń;
2. w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez udzielającego zamówienia;
3. posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia, wymagane szczegółowymi warunkami konkursu ofert, w tym, prawo wykonywania zawodu, bez ograniczeń, oraz wpis do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
4. posiadam uprawnienia do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymogami ustawowymi, niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz pozostaję w sytuacji zapewniającej należyte wykonanie zamówienia;
5. dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień składania oferty;
6. wykonam świadczenia wymienione w ofercie zgodnie z przepisami prawa, aktualną wiedzą medyczną i treścią umowy zawartej z Udzielającym Zamówienie;
7. załączone kserokopie dokumentów wykonane zostały z oryginału, a zawarte w nich dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym;
8. posiadam ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej / zawrę umowę o odpowiedzialności cywilnej na warunkach wskazanych w projekcie umowy;
9. nie jestem zwieszona/-y w prawie wykonywania zawodu albo ograniczona/-y w wykonywaniu określonych czynności zawodowych;
10. nie jestem pozbawiona/-y możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszeniem wykonywania zawodu stosownym środkiem zapobiegawczym;
11. nie mam przerwy w wykonywaniu zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat poprzedzających wniosek o wpis;
12. w okresie 5 lat poprzedzających ogłoszenie konkursu została/nie została\* rozwiązana ze mną przez podmiot leczniczy umowa w zakresie lub rodzaju odpowiadającym przedmiotowi ogłoszenia bez zachowania okresu wypowiedzenia z przyczyn leżących po mojej stronie;
13. samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i ZUS-em;
14. nie byłam/-em karana/-y za przestępstwa zawodowe i umyślne;
15. zobowiązuję się do dostarczenia w dniu zawarcia umowy kserokopii następujących dokumentów:
  - potwierdzających ukończenie kursu BHP,
  - stosownych zaświadczeń lekarskich,
  - zaświadczenia o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego
  - dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej, w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt. 1 ustawy o działalności leczniczej;
16. dotychczas: (zaznacz właściwe)
  - ☐ nie wykonywałam/-em na rzecz Udzielającego Zamówienie takich samych świadczeń zdrowotnych jakich dotyczy składana oferta,
  - ☐ wykonywałam/-em na rzecz Udzielającego zamówienie takie same świadczenia zdrowotne jakich dotyczy składana oferta, w związku z powyższym oświadczam, że dokumenty

wymienione w cz. IV SWKO znajdują się w posiadaniu Udzielającego Zamówienie i są aktualne.

17. świadczę pracę/ nie świadczę pracy \*) w Szpitalu Dziecięcym Polanki im. Macieja Płazyńskiego w Gdańsku sp. z o.o. na podstawie stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej. W przypadku pozostawania w zatrudnieniu na podstawie stosunku pracy lub udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach umowy cywilnoprawnej, przed przystąpieniem do świadczenia usług objętych konkursem dotychczasowa umowa zostanie rozwiązana.
18. przyjmuję do wiadomości, że Udzielający Zamówienie dopuszcza możliwość zwiększenia wartości umowy do 25% na podstawie aneksu do umowy w przypadku zwiększonych potrzeb Udzielającego Zamówienie na świadczenia zdrowotne tego rodzaju.
19. przyjmuję do wiadomości, że w razie wyboru mojej oferty będę zobowiązany do przedłożenia Udzielającemu Zamówienie informacji z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych 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 (Dz. U. z 2023 r. poz. 172 oraz z 2022 r. poz. 2600), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego

.....  
Miejsce, data

.....  
Podpis oferenta/ pełnomocnika

\*) niepotrzebne skreślić

**KWESTIONARIUSZ OSOBOWY W CELU UZYSKANIA INFORMACJI  
Z REJESTRU SPRAWCÓW PRZESTĘPSTW NA TLE SEKSUALNYM**

|                  |  |
|------------------|--|
| PESEL:           |  |
| IMIĘ:            |  |
| NAZWISKO:        |  |
| NAZWISKO RODOWE: |  |
| IMIĘ OJCA:       |  |
| IMIĘ MATKI:      |  |
| DATA URODZENIA:  |  |
| STANOWISKO:      |  |

.....  
Data i podpis

Gdańsk, dnia .....

### OŚWIADCZENIE

Imię i nazwisko.....

Pesel/nr paszportu.....

Obywatelstwo.....

- ☐ Oświadczam, że w ciągu ostatnich 20 lat zamieszkiwałem/am w następujących państwach innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo mojego obywatelstwa (zaznaczyć tylko w przypadku posiadania obywatelstwa innego kraju niż Polska):

.....

.....

- ☐ Oświadczam, że w ciągu ostatnich 20 lat nie zamieszkiwałem/am w państwach innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo mojego obywatelstwa (zaznaczyć w przypadku posiadania polskiego obywatelstwa).

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

.....

(data, czytelny podpis)