

.....  
(Pieczęć firmowa Oferenta)

.....  
(miejsowość, data)

**Szpital Wojewódzki im. Prymasa Kardynała  
Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu  
ul. Armii Krajowej 7  
98-200 Sieradz**

#### **OŚWIADCZENIE**

Wyrażam zgodę na udostępnienie i przetwarzanie danych osobowych dla celów przeprowadzanego konkursu o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne.

.....  
( podpis oferenta)

#### **OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że w okresie ostatnich trzech lat poprzedzających termin składania ofert w niniejszym postępowaniu konkursowym, nie rozwiązano ze mną w trybie natychmiastowym umowy na świadczenia zdrowotne realizowane w przedsiębiorstwie będącym podmiotem leczniczym lub Zakładem Opieki Zdrowotnej w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2020 r. poz. 295 z późn. zm.) z przyczyn leżących po mojej stronie, w związku z nienależytym wykonywaniem przeze mnie zobowiązania.

.....  
/ podpis oferenta/

#### **OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że kwota wskazana w formularzu ofertowym obejmuje wszystkie koszty jakie Przyjmujący zamówienie zobowiązany będzie ponieść w związku ze zleconym wykonaniem przedmiotu zamówienia, tj. koszty dojazdu, koszty przeszkolenia w szczególności w zakresie bhp o ppoż. badań profilaktycznych (w tym do celów sanitarno-epidemiologicznych\*), koszty ubioru zgodnie z wymogami prawa i zasadami obowiązującymi u Udzielającego zamówienia.

.....  
(podpis oferenta)

#### **OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną dla osób wykonujących swoje obowiązki na podstawie umów cywilnoprawnych (dostępna na stronie internetowej szpitala: <https://szpitale.lodzkie.pl/sieradz> w zakładce RODO).

.....  
(podpis oferenta)