

OŚWIADCZENIE O NIEKARALNOŚCI OFERENTA

Ja niżej podpisany/a /nazwa Oferenta

zamieszkały/a / siedziba:

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, oświadczam, iż nie byłem/am karany/a za przestępstwo popełnione umyślnie (w tym za przewinienia zawodowe) oraz że korzystam z pełni praw publicznych i posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.

Ponadto, oświadczam, że*:

☐ Nie zamieszkiwałam/ -em w ostatnich 20 latach w innych państwach niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa.

☐ Zamieszkiwałam/ -em w ostatnich latach w innych państwach niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa:

☐ Zobowiązuję się, na podstawie art. 21 ust.3 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (tj. Dz.U. z 2026r., poz.110 z póź. zm.) do przedłożenia w terminie do dnia zawarcia umowy 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 29.07.2025r. o przeciwdziałaniu narkomanii (tj. Dz.U. z 2023r., poz. 1939), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego, wydanej nie wcześniej niż 3 miesiące przed złożeniem oferty - **wymagane**.

* Właściwe zaznaczyć X

Jednocześnie, w związku z koniecznością realizacji obowiązku wynikającego z art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (weryfikacja w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym) - poniżej przekazuję dane niezbędne do realizacji ww. obowiązku

lub odpowiednio**:

☐ Nie wyrażam zgody na podanie n/w danych – i jestem świadomy/a, że decyzja ta wiąże się z niemożnością zawarcia umowy przez Udzielającego zamówienia z Oferentem (JDG) /wyłączeniem personelu medycznego Oferenta (innego podmiotu leczniczego) z dalszego postępowania konkursowego

** Zaznaczyć X

Powiatowe Centrum Zdrowia POWMED
83-000 Pruszcz Gdański, ul. Prof. M. Raciborskiego 2A
NIP 593-221-85-62 Regon 191983891
Tel./fax 58 773 30 30 e-mail: sekretariat@powmed.pl;
www.powmed.pl
Adres do e- Doręczeń: AE:PL-76523-43032-TEIIC-29

1. Pesel
2. Nazwisko
3. Nazwisko rodowe
4. Pierwsze imię
5. Imię ojca
6. Imię matki
7. Data urodzenia

Zostałem/łam poinformowany/a o obowiązku, na podstawie w/w ustawy, uzyskania informacji przez POWMED (strony umowy cywilnoprawnej) czy moje dane zostały zamieszczone w Rejestrze z dostępem ograniczonym lub w Rejestrze osób, w stosunku do których Państwowa Komisja do spraw przeciwdziałania wykorzystaniu seksualnemu małoletnich poniżej lat 15 wydała postanowienie o wpisie w Rejestrze.

.....

data i miejscowość

.....

czytelny podpis Oferenta