

Zielona Góra, .....

## OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y

.....

*(czytelnie imię i nazwisko)*

oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia konkursu ofert oraz ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert (SWKO) i przyjmuję je bez zastrzeżeń.

.....  
*(pieczętka i podpis Oferenta)*

Zielona Góra, .....

## **OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisana/y

.....

*(czytelnie imię i nazwisko)*

oświadczam, że posiadam wiedzę i umiejętności do realizacji zamówienia oraz udzielania świadczeń zdrowotnych w sposób rzetelny oraz zgodny z aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi metodami i środkami, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.

.....  
*(pieczętka i podpis Oferenta)*

Zielona Góra, .....

## OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y

.....

(czytelnie imię i nazwisko)

oświadczam, że\*:

(\*zaznaczyć właściwe)

- Jestem zaszczepiona/y **1 / 2 / 3 / 4** (niepotrzebne skreślić) dawką szczepionki przeciwko SARS-CoV-2 i posiadam unijne cyfrowe zaświadczenie COVID.  
Data ostatniego szczepienia: .....
- Jestem osobą, która przebyła COVID-19 w okresie .....
- Data pozytywnego testu PCR: .....
- Mam przeciwwskazania zdrowotne do szczepienia szczepionką przeciwko SARS-CoV-2 (zaświadczenie lekarskie do wglądu).
- Nie spełniam żadnego z powyższych warunków.

.....  
(pieczętka i podpis Oferenta)

Zielona Góra, .....

## OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y

.....

(czytelnie imię i nazwisko)

oświadczam, że w ciągu ostatnich 20 lat:

nie zamieszkiwałam/em

zamieszkiwałam/em

w krajach innych niż Rzeczpospolita Polska.

**[ w przypadku zaznaczenia „zamieszkiwałam/em”, proszę wypełnić żółtą część oświadczenia ]**

Oświadczam, że w ciągu ostatnich 20 lat, zamieszkiwałam/em kraje:

1. ....

2. ....

3. ....

Posiadam również obywatelstwo: .....

Zobowiązuję się do niezwłocznego przedłożenia informacji z rejestru karnego państwa

obywatelstwa/państwa zamieszkiwanego przeze mnie w ostatnich 20. latach uzyskaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi.

Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....  
(pieczętka i podpis Oferenta)

Zielona Góra, .....

## OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y

.....

*(czytelnie imię i nazwisko)*

oświadczam o braku możliwości złożenia karty doskonalenia zawodowego z potwierdzeniem ukończenia okresu doskonalenia zawodowego przypadającego w okresie od 2019 do 2023 roku od Organu, którym jest Krajowa Rada Ratowników Medycznych, zgodnie z § 13 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2023 r. *w sprawie ustawicznego rozwoju zawodowego ratowników medycznych* (Dz.U. 2023 poz. 1800).

Zobowiązuję się do dostarczenia stosownych dokumentów po utworzeniu Krajowej Rady Ratowników Medycznych bądź do czasu ukonstytuowania się innego organu właściwego w sprawach potwierdzania dopełnienia obowiązku ustawicznego rozwoju zawodowego przez ratowników medycznych.

.....  
*(pieczętka i podpis Oferenta)*

Zielona Góra, .....

## OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y

.....

(czytelnie imię i nazwisko)

oświadczam, że zgodnie z art. 36 ust. 5 z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym

**POSIADAM**

**NIE POSIADAM**

doświadczenie(a) w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego lub szpitalnym oddziale ratunkowym, w wymiarze co najmniej 5 000 godzin w okresie ostatnich 5 lat.

.....  
(pieczętka i podpis Oferenta)

Zielona Góra, .....

## OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y

.....

*(czytelnie imię i nazwisko)*

oświadczam, że

**POSIADAM**

**NIE POSIADAM**

ważny Certyfikat e-ZLA (ZUS) w celu podpisywania elektronicznej dokumentacji medycznej na potrzeby integracji systemu SWD PRM z systemem P1 (SIM).

.....  
*(pieczętka i podpis Oferenta)*