**Załącznik nr 1 do Regulaminu**

**Załącznik nr 1**

Zabrze, dnia .......................................

..................................................................

(nazwa)

..................................................................

(adres)

..................................................................

(NIP)

..................................................................

(REGON)

……………………………………………………………….

(telefon)

**Oferta zawarcia umowy**

**o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne**

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Regulaminu oraz ogłoszenia o konkursie ofert.
2. Działając jako podmiot wykonujący działalność leczniczą pod nazwą ……………………………………………………………………….….. z siedzibą w ………………........................................, posiadając wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pod numerem ............................................ przedstawiam ofertę zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w zakresie ……............………………………………………………….
3. Usługi medyczne będące przedmiotem niniejszego konkursu będą przeze mnie wykonywane wyłącznie w siedzibie ŚCCS w Zabrzu.
4. Usługi zdrowotne będę wykonywał osobiście/będzie wykonywał w moim imieniu\* …………………………………. posiadając następujące kwalifikacje:

........................................................................................................................................................................................................................................................................

1. Za świadczone przeze mnie usługi zdrowotne proponuję należności zgodnie   
   z PAKIETEM nr ……. oraz Załącznikiem do oferty.

............................................................

(pieczęć i podpis Oferenta)

\*Niepotrzebne skreślić

**Załącznik nr 2 do Regulaminu**

**Załącznik nr 2 – załącznik do oferty dla PAKIETU: 1, 2, 3,5**

**KONTRAKT 2025**

1. **Wynagrodzenie z zakresu kardiologii dziecięcej, pediatrii, kardiologii:**

**Miesięczne wynagrodzenie ryczałtowe** w kwocie: **……………...………...,- zł**

1. **Wynagrodzenie zadaniowe z zakresu kardiologii dziecięcej, pediatrii, kardiologii:**

**A. Wynagrodzenie za wykonane oraz sprawozdane do rozliczenia porady w Poradni Kardiologicznej Dzieci i Transplantologii:**

1. **W przypadku udzielania świadczeniobiorcom w wieku poniżej 3-go roku życia:**
2. Świadczenie w zakresie kardiologii pierwszorazowe - **…….. zł**
3. Świadczenie w zakresie kardiologii kolejne (w tym teleporada) - **…….. zł**
4. **W przypadku udzielania świadczeniobiorcom w wieku od 3-go i do ukończenia 18 roku życia oraz udzielania świadczeń pacjentom z wadami wrodzonymi w ramach Poradni Kardiologicznej Dorosłych:**
5. Świadczenie w zakresie kardiologii pierwszorazowe  - **…….. zł**
6. Świadczenie w zakresie kardiologii kolejne (w tym teleporady) - **…….. zł**

**3. Udzielanie świadczeń w zakresie:**

* 1. porada transplantacyjna - **…….. zł**
  2. monitorowanie po przeszczepie narządu - **…….. zł**

Wynagrodzenie za porady jest wypłacane miesięcznie, należne Przyjmującemu Zamówienie udzielającemu i sprawozdającemu poradę do rozliczenia. Warunkiem wypłaty wynagrodzenia za porady jest sprawozdanie przez Przyjmującego Zamówienie wykonującego poradę do rozliczenia z płatnikiem w miesiącu, w którym jej udzielono. Za poradę niesprawozdaną do rozliczenia wynagrodzenie nie przysługuje.

1. **Wynagrodzenie za wykonane badania:**
2. Badania:
3. Badanie UKG przezklatkowe - …….. zł
4. Odczytanie wyników Holtera - …….. zł
5. Kontrola rozrusznika/kardiowertera - …….. zł

Wynagrodzenie za badania jest wypłacane miesięcznie Przyjmującemu Zamówienie, który:

1. w zakresie UKG – wykonał i opisał badanie
2. w zakresie Holtera – dokonał odczytu wyniku Holtera w terminie 14 dni od dnia jego założenia. Do odpłatności za dany miesiąc będzie brany pod uwagę stan odczytu holterów na dzień sporządzenia raportu. Raport będzie każdorazowo generowany do 2-go dnia roboczego następnego miesiąca.

Jeśli dotyczy - Badania wykonane przez Przyjmującego Zamówienie w ramach umowy bezpośrednio poprzedzającej obecną umowę będą rozliczone z poradą sprawozdaną do rozliczenia w okresie 01.07.2025 do 30.09.2025 r. i zostaną wypłacone wg. ww. cennika.

**B. Dyżury**

1. Zwykły - **…….. zł**
2. Świąteczny (soboty, niedziele, święta) - **…….. zł**

............................................................

(pieczęć i podpis Oferenta)

**Załącznik nr 2 do Regulaminu**

**Załącznik nr 2 – załącznik do oferty dla PAKIETU: 4**

**KONTRAKT 2025**

1. **Wynagrodzenie z zakresu kardiologii:**

**Miesięczne wynagrodzenie ryczałtowe** w kwocie: **……………...………...,- zł**

1. **Wynagrodzenie zadaniowe z zakresu Kardiologii:**

**A. Wynagrodzenie za wykonane oraz sprawozdane do rozliczenia porady w Poradni Kardiologicznej Dzieci i Transplantologii:**

1. **W przypadku udzielania świadczeniobiorcom w wieku poniżej 3-go roku życia:**
2. Świadczenie w zakresie kardiologii pierwszorazowe - **…….. zł**
3. Świadczenie w zakresie kardiologii kolejne (w tym teleporada) - **…….. zł**
4. **W przypadku udzielania świadczeniobiorcom w wieku od 3-go i do ukończenia 18 roku życia oraz udzielania świadczeń pacjentom z wadami wrodzonymi w ramach Poradni Kardiologicznej Dorosłych:**
5. Świadczenie w zakresie kardiologii pierwszorazowe  - **…….. zł**
6. Świadczenie w zakresie kardiologii kolejne (w tym teleporady) - **…….. zł**

**3. Udzielanie świadczeń w zakresie:**

1. porada transplantacyjna - **…….. zł**
2. monitorowanie po przeszczepie narządu - **…….. zł**

Wynagrodzenie za porady jest wypłacane miesięcznie, należne Przyjmującemu Zamówienie udzielającemu i sprawozdającemu poradę do rozliczenia. Warunkiem wypłaty wynagrodzenia za porady jest sprawozdanie przez Przyjmującego Zamówienie wykonującego poradę do rozliczenia z płatnikiem w miesiącu, w którym jej udzielono. Za poradę niesprawozdaną do rozliczenia wynagrodzenie nie przysługuje.

1. **Wynagrodzenie za wykonane badania:**
2. Badania:
3. Badanie UKG przezklatkowe - …….. zł
4. Odczytanie wyników Holtera - …….. zł
5. Kontrola rozrusznika/kardiowertera - …….. zł

Wynagrodzenie za badania jest wypłacane miesięcznie Przyjmującemu Zamówienie, który:

1. w zakresie UKG – wykonał i opisał badanie
2. w zakresie Holtera – dokonał odczytu wyniku Holtera w terminie 14 dni od dnia jego założenia. Do odpłatności za dany miesiąc będzie brany pod uwagę stan odczytu holterów na dzień sporządzenia raportu. Raport będzie każdorazowo generowany do 2-go dnia roboczego następnego miesiąca.

Jeśli dotyczy - Badania wykonane przez Przyjmującego Zamówienie w ramach umowy bezpośrednio poprzedzającej obecną umowę będą rozliczone z poradą sprawozdaną do rozliczenia w okresie 01.07.2025 do 30.09.2025 r. i zostaną wypłacone wg. ww. cennika.

1. Udział w zespole pobierającym serce, płuco, płuco i serce jako KARDIOLOG mobilny\* **- ..….. zł**

*\* w przypadku pobrania serca nie zakończonego przeszczepem przysługuje:*

1. *w przypadku pobrania trwającego powyżej 8h - 70% powyższej kwoty*
2. *w przypadku pobrania trwającego do 8h - 50% powyższej kwoty*
3. **Dyżury**
4. Zwykły - **…….. zł**
5. Świąteczny (soboty, niedziele, święta) - **…….. zł**

............................................................

(pieczęć i podpis Oferenta)

**Załącznik nr 2 do Regulaminu**

**Załącznik nr 2 – załącznik do oferty dla PAKIETU: 6, 8, 9**

**KONTRAKT 2025**

1. **Wynagrodzenie ryczałtowe -………...….** zł
2. **Wynagrodzenie zadaniowe z zakresu Kardiochirurgii:**
3. **Dyżury:**
4. Zwykły **-………...….** zł
5. Świąteczny (soboty, niedziele, święta) **-………...….** zł
6. Gotowość dyżurowa (dyżur pod telefonem) - zwykły blok\*/transplantacyjny\*

**-………...….** zł

1. Gotowość dyżurowa (dyżur pod telefonem) - w soboty, niedziele, święta blok\*/transplantacyjny\* **-………...….** zł

\* jeżeli dyżur pod telefonem zostanie przerwany z powodu wezwania do siedziby Udzielającego Zamówienia celem wykonania:

• pilnego zabiegu wówczas Przyjmujący Zamówienie otrzyma wynagrodzenie proporcjonalne wg stawek określonych w pkt II. 1a) lub b) za czas wykonania zabiegu (na podstawie protokołu zabiegu plus 1 godzina na dojazd i przygotowanie) oraz za pozostałe godziny proporcjonalne wynagrodzenie za czas gotowości dyżurowej lub

• pobrania wówczas Przyjmujący Zamówienie otrzyma wynagrodzenie zgodnie ze stawkami określonymi w pkt II.2 oraz za pozostałe godziny proporcjonalne wynagrodzenie za czas gotowości dyżurowej lub

• przeszczepu narządu wówczas Przyjmujący Zamówienie otrzyma wynagrodzenie proporcjonalne obliczone wg stawek określonych w pkt II. 1a) lub b) za czas wykonania przeszczepu (na podstawie protokołu przeszczepu) oraz wynagrodzenie zgodnie ze stawkami określonymi w pkt II. 3 lub 4 oraz wynagrodzenie za pozostałe godziny proporcjonalne za czas gotowości dyżurowej

1. Udział w zespole pobierającym narząd\*\*:

- CHIRURG - ……..…. zł

- Asysta - ……..…. zł

\*\*

1.1. w przypadku pobrania narządu nie zakończonego przeszczepem przysługuje:

a) w przypadku pobrania trwającego powyżej 8h - 70% powyższej kwoty

b) w przypadku pobrania trwającego do 8h - 50% powyższej kwoty

1.2. w przypadku jednoczasowego pobrania narządów dla dwóch biorców członkom zespołu pobierającego przysługuje 150 % stawki

1.3. w przypadku braku kardiologa mobilnego w zespole pobierającym serce, chirurgowi przysługuje dodatkowo ………………… zł

1. Udział w zespole przeszczepiającym serce:

- CHIRURG - ……..…. zł

- I Asysta - ……..…. zł

- II Asysta - ……..…. zł

4. Udział w zespole przeszczepiającym:

a) pojedyncze płuco

- CHIRURG - ……..…. zł

- I Asysta - ……..…. zł

- II Asysta - ……..…. zł

b) oba płuca/płuco-serce:

- CHIRURG - ……..…. zł

- I Asysta - ……..…. zł

- II Asysta - ……..…. zł

c) pojedyncze płuco/oba płuca pacjentowi z mukowiscydozą:

- CHIRURG - ……..…. zł

- I Asysta - ……..…. zł

- II Asysta - ……..…. zł

............................................................

(pieczęć i podpis Oferenta)

**Załącznik nr 2 do Regulaminu**

**Załącznik nr 2 – załącznik do oferty dla PAKIETU: 7**

**KONTRAKT 2025**

1. **Wynagrodzenie ryczałtowe -………...….** zł
2. **Wynagrodzenie zadaniowe z zakresu Kardiochirurgii:**
3. **Dyżury:**
4. Zwykły **-………...….** zł
5. Świąteczny (soboty, niedziele, święta) **-………...….** zł

............................................................

(pieczęć i podpis Oferenta)

**Załącznik nr 2 do Regulaminu**

**Załącznik nr 2 – załącznik do oferty dla PAKIETU: 10**

**KONTRAKT 2025**

1. **Wynagrodzenie z zakresu kardiologii:**

**Miesięczne wynagrodzenie ryczałtowe** w kwocie: **……………...………...,- zł**

1. **Wynagrodzenie zadaniowe z zakresu Kardiologii:**

**A. Wynagrodzenie za wykonane oraz sprawozdane do rozliczenia porady w Poradni Kardiologicznej Dzieci i Transplantologii:**

1. **W przypadku udzielania świadczeniobiorcom w wieku poniżej 3-go roku życia:**
2. Świadczenie w zakresie kardiologii pierwszorazowe - **…….. zł**
3. Świadczenie w zakresie kardiologii kolejne (w tym teleporada) - **…….. zł**
4. **W przypadku udzielania świadczeniobiorcom w wieku od 3-go i do ukończenia 18 roku życia oraz udzielania świadczeń pacjentom z wadami wrodzonymi w ramach Poradni Kardiologicznej Dorosłych:**
5. Świadczenie w zakresie kardiologii pierwszorazowe  - **…….. zł**
6. Świadczenie w zakresie kardiologii kolejne (w tym teleporady) - **…….. zł**

**3. Udzielanie świadczeń w zakresie:**

1. porada transplantacyjna - **…….. zł**
2. monitorowanie po przeszczepie narządu - **…….. zł**

Wynagrodzenie za porady jest wypłacane miesięcznie, należne Przyjmującemu Zamówienie udzielającemu i sprawozdającemu poradę do rozliczenia. Warunkiem wypłaty wynagrodzenia za porady jest sprawozdanie przez Przyjmującego Zamówienie wykonującego poradę do rozliczenia z płatnikiem w miesiącu, w którym jej udzielono. Za poradę niesprawozdaną do rozliczenia wynagrodzenie nie przysługuje.

1. **Wynagrodzenie za wykonane badania:**
2. Badania:
3. Badanie UKG przezklatkowe - …….. zł
4. Odczytanie wyników Holtera - …….. zł
5. Kontrola rozrusznika/kardiowertera - …….. zł

Wynagrodzenie za badania jest wypłacane miesięcznie Przyjmującemu Zamówienie, który:

1. w zakresie UKG – wykonał i opisał badanie
2. w zakresie Holtera – dokonał odczytu wyniku Holtera w terminie 14 dni od dnia jego założenia. Do odpłatności za dany miesiąc będzie brany pod uwagę stan odczytu holterów na dzień sporządzenia raportu. Raport będzie każdorazowo generowany do 2-go dnia roboczego następnego miesiąca.

Jeśli dotyczy - Badania wykonane przez Przyjmującego Zamówienie w ramach umowy bezpośrednio poprzedzającej obecną umowę będą rozliczone z poradą sprawozdaną do rozliczenia w okresie 01.07.2025 do 30.09.2025 r. i zostaną wypłacone wg. ww. cennika.

1. Udział w zespole pobierającym serce, płuco, płuco i serce jako KARDIOLOG mobilny\* **- ..….. zł**

*\* w przypadku pobrania serca nie zakończonego przeszczepem przysługuje:*

1. *w przypadku pobrania trwającego powyżej 8h - 70% powyższej kwoty*
2. *w przypadku pobrania trwającego do 8h - 50% powyższej kwoty*
3. **Dyżury**
4. Zwykły - **…….. zł**
5. Świąteczny (soboty, niedziele, święta) - **…….. zł**

............................................................

(pieczęć i podpis Oferenta)

**Załącznik nr 2 do Regulaminu**

**Załącznik nr 2 – załącznik do oferty dla PAKIETU: 11**

**KONTRAKT 2025**

1. **Wynagrodzenie z zakresu kardiologii:**

**Miesięczne wynagrodzenie ryczałtowe** w kwocie: **……………...………...,- zł**

1. **Wynagrodzenie zadaniowe z zakresu Kardiologii:**

**A. Wynagrodzenie za wykonane oraz sprawozdane do rozliczenia porady w Poradni Kardiologicznej Dzieci i Transplantologii:**

1. **W przypadku udzielania świadczeniobiorcom w wieku poniżej 3-go roku życia:**
2. Świadczenie w zakresie kardiologii pierwszorazowe - **…….. zł**
3. Świadczenie w zakresie kardiologii kolejne (w tym teleporada) - **…….. zł**
4. **W przypadku udzielania świadczeniobiorcom w wieku od 3-go i do ukończenia 18 roku życia oraz udzielania świadczeń pacjentom z wadami wrodzonymi w ramach Poradni Kardiologicznej Dorosłych:**
5. Świadczenie w zakresie kardiologii pierwszorazowe  - **…….. zł**
6. Świadczenie w zakresie kardiologii kolejne (w tym teleporady) - **…….. zł**

**3. Udzielanie świadczeń w zakresie:**

1. porada transplantacyjna - **…….. zł**
2. monitorowanie po przeszczepie narządu - **…….. zł**

Wynagrodzenie za porady jest wypłacane miesięcznie, należne Przyjmującemu Zamówienie udzielającemu i sprawozdającemu poradę do rozliczenia. Warunkiem wypłaty wynagrodzenia za porady jest sprawozdanie przez Przyjmującego Zamówienie wykonującego poradę do rozliczenia z płatnikiem w miesiącu, w którym jej udzielono. Za poradę niesprawozdaną do rozliczenia wynagrodzenie nie przysługuje.

1. **Wynagrodzenie za wykonane badania:**
2. Badania:
3. Badanie UKG przezklatkowe - …….. zł
4. Odczytanie wyników Holtera - …….. zł
5. Kontrola rozrusznika/kardiowertera - …….. zł

Wynagrodzenie za badania jest wypłacane miesięcznie Przyjmującemu Zamówienie, który:

1. w zakresie UKG – wykonał i opisał badanie
2. w zakresie Holtera – dokonał odczytu wyniku Holtera w terminie 14 dni od dnia jego założenia. Do odpłatności za dany miesiąc będzie brany pod uwagę stan odczytu holterów na dzień sporządzenia raportu. Raport będzie każdorazowo generowany do 2-go dnia roboczego następnego miesiąca.

Jeśli dotyczy - Badania wykonane przez Przyjmującego Zamówienie w ramach umowy bezpośrednio poprzedzającej obecną umowę będą rozliczone z poradą sprawozdaną do rozliczenia w okresie 01.07.2025 do 30.09.2025 r. i zostaną wypłacone wg. ww. cennika.

1. Udział w zespole pobierającym serce, płuco, płuco i serce jako KARDIOLOG mobilny\* **- ..….. zł**

*\* w przypadku pobrania serca nie zakończonego przeszczepem przysługuje:*

1. *w przypadku pobrania trwającego powyżej 8h - 70% powyższej kwoty*
2. *w przypadku pobrania trwającego do 8h - 50% powyższej kwoty*
3. **Dyżury**
4. Zwykły - **…….. zł**
5. Świąteczny (soboty, niedziele, święta) - **…….. zł**

............................................................

(pieczęć i podpis Oferenta)

**Załącznik nr 3 do Regulaminu**

***Załącznik nr 3***

**Zabrze, dnia ……………………..**

………………………………….

(Nazwisko i imię Oferenta)

***OŚWIADCZENIE OFERENTA***

***Oświadczam, że w związku ze złożoną ofertę oddaję do dyspozycji Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu równowartość ……….. etatu w rozumieniu wymagań Narodowego Funduszu Zdrowia.***

............................................................

(pieczęć i podpis Oferenta)

**Załącznik nr 4 do Regulaminu**

***Załącznik nr 4***

***Zabrze, dnia …………………***

………………………………….

(Nazwisko i imię Oferenta)

***OŚWIADCZENIE OFERENTA***

***Oświadczam, że spełniam wymagania określone w pkt. III ust. 6 „Regulaminu konkursu ofert o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne   
udzielane przez lekarzy specjalistów w dziedzinie kardiologii dziecięcej, pediatrii, kardiologii, kardiochirurgii, transplantologii klinicznej, neonatologii” zgodnie z PAKIETEM nr …….…***

............................................................

(pieczęć i podpis Oferenta)

**Załącznik nr 5 do Regulaminu**

**Załącznik nr 5**

***Zabrze, dnia …………………..***

………………………………….

(Nazwisko i imię Oferenta)

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

Oświadczam, że na dzień składania przeze mnie oferty nie uległ zmianie stan potwierdzony następującymi dokumentami (odpowiednie zaznaczyć):

1. kserokopia dyplomu ukończenia studiów medycznych □
2. kserokopia prawa wykonywania zawodu □
3. kserokopia dyplomu specjalizacji □
4. kserokopia certyfikatu z ochrony radiologicznej pacjenta (w przypadku osób narażonych na promieniowanie jonizujące) □
5. wypis z ewidencji działalności gospodarczej lub KRS □
6. dokument potwierdzający wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (wydruk księgi rejestrowej) w zakresie przedmiotu zamówienia □
7. polisa obowiązkowego ubezpieczenia OC □
8. aktualne zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania zadań lekarza □

………………………………………

(podpis składającego oświadczenie)

**Załącznik nr 6 do Regulaminu**

**Załącznik nr 6**

***Zabrze, dnia …………………..***

………………………………….

(Nazwisko i imię Oferenta)

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

Wyrażam zgodę na udostępnienie Śląskiemu Centrum Chorób Serca w Zabrzu zgody na przetwarzanie przez ten podmiot, jako Administratora moich danych osobowych w zakresie:

* NUMER PESEL ……………………………………………………………………………………………………
* IMIĘ ……………………………………………………………………………………………………
* NAZWISKO ……………………………………………………………………………………………………
* NAZWISKO RODOWE …………………………………………………………………………………………
* IMIĘ OJCA ……………………………………………………………………………………………………
* IMIĘ MATKI ……………………………………………………………………………………………………
* DATA URODZENIA …………………………………………………………………………………………

w celu sprawdzenia 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 na podstawie art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich.

…………………………….………………………………

**(podpis i pieczęć składającego oświadczenie)Załącznik nr 7 do Regulaminu**

**Załącznik nr 7**

***Zabrze, dnia …………………..***

………………………………….

(Nazwisko i imię)

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

W związku z treścią art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich oświadczam, że :

**\*(proszę wybrać i zaznaczyć właściwy kwadrat lub kwadraty)**

**1 . (dotyczy wyłączenie obywateli polskich którzy nie zamieszkiwali w innym państwie niż Polska)**

□ w ciągu ostatnich 20 lat przed dopuszczeniem mnie do świadczenia usług związanych z leczeniem   
i opieką nad małoletnimi **posiadam wyłącznie polskie obywatelstwo i nie zamieszkiwałam/em w inny państwie niż Rzeczpospolitej Polskiej**, w związku z powyższym przedkładam wyłącznie Informację z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w Rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, art. 189a i art.207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii wydaną w dniu ........................................................

**2. (dotyczy obywateli państw obcych, którzy nie zamieszkiwali w innym państwie niż państwo ich obywatelstwa i Polska)**

□ **posiadam obywatelstwo państwa** ………………………………………………………………………,

w ciągu ostatnich 20 lat przed dopuszczeniem mnie do świadczenia usług związanych z leczeniem   
i opieką nad małoletnimi **nie zamieszkiwałam/em w inny państwie niż Rzeczpospolita Polska   
i państwo mojego obywatelstwa** w związku z tym przedkładam:

a) informację 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 lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego wydaną w dniu ………………………………………………….,

b) □ informację z rejestru karnego państwa mojego obywatelstwa uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi wydaną w dniu ……………………………………… **/lub**

□ oświadczam, iż w państwie mojego obywatelstwa nie jest wydawana taka informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi więc przedkładam informację z rejestru karnego państwa mojego obywatelstwa wydana w dniu ...................... **/lub**

□ państwo mojego obywatelstwa nie przewiduje sporządzenia informacji wskazanej powyżej **i /lub** nie prowadzi się w nim rejestru karnego\*, w związku czym oświadczam, że nie byłem/łam prawomocnie skazany/na w państwie mojego obywatelstwa 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/łam się takich czynów zabronionych, oraz że nie mam 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.

**3. (dotyczy obywatel polskich i obcych, którzy zamieszkiwali w innych państwach niż Polska lub państwo obywatelstwa)**

□ w ciągu ostatnich 20 lat przed dopuszczeniem mnie do pracy lub innej działalności związanej   
z leczeniem i opieką nad małoletnimi **zamieszkiwałam/em w inny państwie niż Rzeczpospolita Polska i państwo mojego obywatelstwa tj:**

w ..................................., w okresie od ............. do ................. (proszę podać lata)

w ..................................., w okresie od ............. do ................. (proszę podać lata)

**\*w przypadku zamieszkiwania w większej ilości państw proszę wymienić wszystkie**

**w związku z tym przedkładam:**

a) informację 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 lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego wydaną w dniu ………………………………………………….,

b) □ informację z rejestru karnego państwa .............................. uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi wydaną w dniu ……………………………………… **/lub**

□ oświadczam, iż w państwie .............................. nie jest wydawana taka informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi więc przedkładam informację z rejestru karnego państwa .............................. wydaną w dniu ...................... **/lub**

□ państwo ..............................nie przewiduje sporządzenia informacji wskazanej powyżej **i /lub** nie prowadzi się w nim rejestru karnego\*, w związku czym oświadczam, że nie byłem/łam prawomocnie skazany/na w państwie mojego obywatelstwa 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/łam się takich czynów zabronionych, oraz że nie mam 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.

c) □ informację z rejestru karnego państwa .............................. uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi wydaną w dniu ……………………………………… **/lub**

□ oświadczam, iż w państwie .............................. nie jest wydawana taka informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi więc przedkładam informację z rejestru karnego państwa .............................. wydaną w dniu ...................... **/lub**

□ państwo ..............................nie przewiduje sporządzenia informacji wskazanej powyżej **i /lub** nie prowadzi się w nim rejestru karnego\*, w związku czym oświadczam, że nie byłem/łam prawomocnie skazany/na w państwie mojego obywatelstwa 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/łam się takich czynów zabronionych, oraz że nie mam 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.

***Oświadczam, że wskazane wyżej dane oraz podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym a składają niniejsze oświadczenie jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.***

…………………………….………………………………

(podpis i pieczęć składającego oświadczenie)