**OŚWIADCZENIA**

**4/DEG/AC/2025**

**Przeprowadzenie szkoleń w zakresie obsługi systemu Notimed dla pracowników SP ZOZ Szpitala Psychiatrycznego w Toszku**

Nazwa Wykonawcy ............................................................................

Adres Wykonawcy ..............................................................................

Numer telefonu …………….. e-mail ..............................................

NIP ……………………….. REGON ………………………….….

1. Oświadczamy, że **nie korzystamy / korzystamy\*** z usług podwykonawców.   
   *W przypadku korzystania z usług podwykonawców prosimy o dołączenie do niniejszej dokumentacji informacji odnośnie Podwykonawców. (zakres i wartość wykonanych robót, udziału w realizacji zamówienia)*

*\* niepotrzebne skreślić*

1. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*

*\*W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).*

1. Termin realizacji:

Od 01.06.2025 r. – 31.07.2025 r.

Ostateczne terminy każdego ze szkoleń zostaną ustalone z wybranym Wykonawcą po zawarciu umowy, przy czym godziny i terminy szkoleń mają być dopasowane do potrzeb uczestników szkolenia uwzględniając grafik prac.

1. Oświadczamy, że osoba skierowana do realizacji zamówienia …………………………….......... *(imię i nazwisko)* przeprowadziła ……….. szkoleń podobnych termatycznie do zakresu szkolenia będącego przedmiotem zamówienia.
2. Inne.....................................................................................................................................