**OŚWIADCZENIA**

**46/DEG/AC/2024**

**Usługa ubezpieczenia Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala Psychiatrycznego**

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:

Okres ubezpieczenia od 07.12.2024 r. do 06.12.2027 r.

1. Inne...........................................................................................................................................