Załącznik nr 4

Konkurs ofert nr 34/KŚZ/25

na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w ramach Oddziału Psychiatrii Dziennej Szpitala Miejskiego w Rudzie Śląskiej Sp. z o. o.

imię i nazwisko miejscowość i data

adres

**Oświadczenie o posiadanym obywatelstwie**

Oświadczam, iż:

□ posiadam wyłącznie obywatelstwo polskie

□ posiadam obywatelstwo (obywatelstwa) innego państwa (innych państw), niż Rzeczpospolita Polska, tj.

wskazać państwo (państwa)

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia:

czytelny podpis

Podstawa prawna: art. 21 ust. 4 Ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (tekst jednolity Dz. U. 2024, poz. 1802 z późn. zm.)