Załącznik nr 5

Konkurs ofert nr 60/KŚZ/25

na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w ramach Zakładu Diagnostyki Obrazowej Szpitala Miejskiego w Rudzie Śląskiej Sp. z o.o.

imię i nazwisko miejscowość i data

adres

**Oświadczenie**

**o zamieszkiwaniu w ciągu ostatnich 20 lat w państwach innych niż**

**Rzeczpospolita Polska i państwo (państwa) innego obywatelstwa**

Oświadczam, iż w ciągu ostatnich 20 lat:

□ nie zamieszkiwałem / nie zamieszkiwałam

□ zamieszkiwałem / zamieszkiwałam

w Państwach innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo (państwa) posiadanego innego obywatelstwa.

W przypadku zamieszkiwania wskazać poniżej państwo / państwa:

wskazać państwo / państwa

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia:

czytelny podpis

Podstawa prawna: art. 21 ust. 5 i 8 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.)