

.....
.....
.....
Pełna nazwa Oferenta/osoby udzielającej świadczeń

..... dnia

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
ul. Żeromskiego 113
90-549 Łódź**

OŚWIADCZENIE OFERENTA/OSOBY UDZIELAJĄCEJ ŚWIADCZEŃ

Oświadczam, że zobowiązuję się do przedłożenia informacji/ zaświadczenia o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego, o którym mowa w art. 21 i nast. Ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz.U z 2023, poz. 1304 z późn. zm.) najpóźniej do dnia podpisania umowy*

.....
data, pieczętka i podpis Oferenta
/osoby udzielającej świadczeń

** obowiązek wynika z ustawy z dnia 28 lipca 2023 r. o zmianie ustawy - Kodeks rodzinny i opiekuńczy oraz niektórych innych ustaw (Dz.U z 2023 r. poz. 1606) tzw. Ustawa Kamilka*