**Konkurs nr 201/2024 Załącznik nr 1**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Z KRYTERIAMI OCENY PUNKTOWEJ**

(Warunki lokalowe, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny oraz środki transportu i łączności zapewnia Udzielający zamówienia)

**DANE OFERENTA:**

Imię i Nazwisko:…………………….……………………………….……………………………..

Nazwa, siedziba i adres prowadzenia działalności gospodarczej (zgodnie z CEIDG):

…………………………………………………………………………………….……………………

…………………………………………………………………………………….……………………

Telefon: ……………………….……… e-mail : …………………………………………………….…

NIP: ………………………………………….. REGON: ………………….…………………………

Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki /położne w następujących zakresach (\*właściwe zaznaczyć krzyżykiem – można wskazać więcej niż jeden zakres):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zakres, na który jest składana oferta** | **Wskazanie Oferenta** | **Proponowane wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę świadczenia usług** | **Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale** **od min-do max (przy czym minimalna ilość godzin nie może wynosić 0)** |
| **1.** | **2.** | **3.** | **4.** |
| **III.1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę anestezjologiczną w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii – część Anestezjologiczna;** |  |  |  |
| **III.2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę anestezjologiczną w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii – część Intensywnej Terapii;** |  |  |  |
| **III.3. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę w Oddziale Chirurgii Rekonstrukcyjnej Głowy i Szyi i Chirurgii Robotycznej;** |  |  |  |
| **III.4. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę w Oddziale Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chirurgii Nowotworów Piersi, Skóry i Tkanek Miękkich;** |  |  |  |
| **III.5. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę w Oddziale Onkologii i Radioterapii – Dział Radioterapii Onkologicznej oraz w Zakładzie Brachyterapii;** |  |  |  |
| **III.6. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę w Oddziale Onkologii i Radioterapii – Dział Onkologii Klinicznej – Profil Leczenia Jednego Dnia;** |  |  |  |
| **III.7. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki w Oddziale Onkologii i Radioterapii – Dział Onkologii Klinicznej;** |  |  |  |
| **III.8. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę w Oddziale Urologii, Urologii Onkologicznej i Andrologii;** |  |  |  |
| **III.9. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki w Oddziale Chorób Wewnętrznych;** |  |  |  |
| **III.10. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki w Oddziale Pulmonologicznym;** |  |  |  |
| **III.11. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę w Poradni Chirurgii Onkologicznej;** |  |  |  |
| **III.12. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę w Oddziale Hematologii i Transplantologii Szpiku;** |  |  |  |
| **III.13. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej;** |  |  |  |
| **III.14. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez położną w Zespole Poradni Przyszpitalnych;** |  |  |  |
| **III.15. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę w Zespole Poradni Przyszpitalnych;** |  |  |  |
| **III.16. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki w Poradni Okulistycznej;** |  |  |  |
| **III.17. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez położną w Izbie Przyjęć;** |  |  |  |
| **III.18. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę w Izbie Przyjęć;** |  |  |  |
| **III.19. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę w Pracowni Endoskopii;** |  |  |  |
| **III.20. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę w Zakładzie Medycyny Nuklearnej;** |  |  |  |
| **III.21. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę w Oddziale Okulistycznym;** |  |  |  |
| **III.22. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki operacyjne w Bloku Operacyjnym;** |  |  |  |

Uwaga:

1. W kolumnie nr 3 należy podać proponowane wynagrodzenie za jedną godzinę świadczenia usług bez względu na porę ich świadczenia oraz dzień – zwykły czy świąteczny.
2. Wynagrodzenie należy podać w złotych polskich cyfrowo.
3. Ceną oferty dla zakresów od III.1 do III.22 jest stawka za jedną godzinę świadczenia usług.

**Oświadczam, że:**

1. Zapoznałam/-em się z treścią Ogłoszenia konkursu ofert, SWKO oraz projektem umowy, akceptuję ich treść oraz – nie wnoszę zastrzeżeń / wnoszę zastrzeżenia do umowy – (zastrzeżenia do umowy w piśmie z dnia......................................)\*\*.
2. **Zobowiązuję się do zawarcia umowy w terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia,
w okresie objętym okresem związania ofertą. Przyjmuję do wiadomości, iż w przypadku bezzasadnej odmowy podpisania umowy poniosę wobec Udzielającego zamówienia odpowiedzialność odszkodowawczą z tego tytułu.**
3. Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia, wymagane Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, w tym Prawo Wykonywania Zawodu bez ograniczeń (jeśli dotyczy), które potwierdzam stosownymi dokumentami załączonymi do niniejszej oferty (kserokopie) oraz wpis do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (zaświadczenie/wyciąg/wydruk z systemu z aktualnej księgi rejestrowej) - (jeśli dotyczy).
4. Posiadam uprawnienia do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymogami ustawowymi, niezbędną wiedzę i doświadczenie, dysponuję osobą zdolną do wykonania zamówienia oraz pozostaję w sytuacji zapewniającej należyte wykonanie zamówienia.
5. Załączone kserokopie dokumentów wykonane zostały z oryginału dokumentu, a zawarte w nich dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
6. Dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień składania oferty.
7. Zobowiązuję się do pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach wyznaczonych przez Udzielającego zamówienia.
8. Posiadam ubezpieczenie o odpowiedzialności cywilnej /zawrę umowę o odpowiedzialności cywilnej i dostarczę kopię polisy najpóźniej w terminie podpisania umowy\*\*.
9. Samodzielnie rozliczam się z urzędem skarbowym i ZUS-em.
10. Zgłosiłam/-łem swoją działalność gospodarczą w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych celem rozliczenia z tytułu ubezpieczenia społecznego oraz ubezpieczenia zdrowotnego.
11. Zobowiązuję się do dostarczenia w dniu zawarcia umowy kserokopii dokumentu potwierdzającego ukończenie kurs BHP oraz stosownych zaświadczeń lekarskich.
12. Oświadczam, że nie byłam/-em karana/-y za przewinienia/przestępstwa umyślne.
13. Zobowiązuję się do nie podwyższania ceny za realizację świadczeń przez okres trwania umowy.
14. Przyjmuję do wiadomości, że Udzielający zamówienia dopuszcza zwiększenie zakresu i wartości umowy
o 25% na podstawie aneksu do umowy w sytuacjach wynikających z zapotrzebowania Udzielającego zamówienia.
15. Zobowiązuję się przed podpisaniem umowy przedłożyć:

a) Oferent będący obywatelem RP: zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r. poz. 172 oraz z 2022 r. poz. 2600), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego – **albo** Oferent nie będący obywatelem RP: zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r. poz. 1939 z późn. zm.), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego oraz ponadto informację z rejestru karnego państwa obywatelstwa uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi.

b) oświadczenie o państwie lub państwach, w których zamieszkiwał w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa\*,

c) oraz jednocześnie z oświadczeniem z lit. b) informację z rejestrów karnych tych państw uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi.\*\*

\* Oświadczenie składane jest pod rygorem odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. Składający oświadczenie jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli następującej treści: "Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia". Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

\*\*Jeżeli prawo tych państw nie przewiduje wydawania informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi, przedkłada się informację z rejestru karnego tego państwa.

W przypadku gdy prawo państwa, z którego ma być przedłożona powyższa informacja nie przewiduje jej sporządzenia lub w danym państwie nie prowadzi się rejestru karnego, składa się oświadczenie o tym fakcie wraz z oświadczeniem[[1]](#footnote-1), że Przyjmujący zamówienie nie był prawomocnie skazany w tym państwie za czyny zabronione odpowiadające przestępstwom określonym w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii oraz nie wydano wobec niego innego orzeczenia, w którym stwierdzono, iż dopuścił się takich czynów zabronionych, oraz że nie ma obowiązku wynikającego z orzeczenia sądu, innego uprawnionego organu lub ustawy stosowania się do zakazu zajmowania wszelkich lub określonych stanowisk, wykonywania wszelkich lub określonych zawodów albo działalności, związanych z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem, świadczeniem porad psychologicznych, rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizacją innych zainteresowań przez małoletnich, lub z opieką nad nimi.

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………… | .………………………………………………….. |
| Miejscowość, data | Podpis Oferenta / upoważnionego przedstawiciela Oferenta\*\*\*- wraz z pieczątką |
|  |  |

\*\*) niepotrzebne skreślić

\*\*\*Przedstawiciel Oferenta załącza stosowne pełnomocnictwo w oryginale, uwierzytelnione przez notariusza lub przez mocodawcę

|  |
| --- |
| **KRYTERIA OCENY PUNKTOWEJ OFERTY – ZAKRES PIELĘGNIARKI/POŁOŻNEJ** |
| **1. KWALIFIKACJE ZAWODOWE\*** |
| * 1. **TYTUŁ SPECJALISTY W DZIEDZINIE: (**\*Punktowane są tylko te kwalifikacje, które mają zastosowanie przy udzielaniu świadczeń określonego zakresu)
 |
| **KRYTERIUM** | **WAGA** | **Właściwe zaznaczyć krzyżykiem** |
| Pielęgniarstwo Anestezjologiczne i Intensywnej Opieki (Zakresy:III.1, III.2, III.5, III.6, III.7, III.9, III.10, III.13,III.20, III.21) | 3 | pkt |   |
| Pielęgniarstwo Chirurgiczne(Zakresy: III.3, III.4, III.8, III.11, III.13, III.16, III.17, III.18, III.19, III.21) | 3 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Operacyjne(Zakresy: III.3, III.4, III.17, III.19, III.21 III.22) | 3 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Onkologiczne( Zakresy: III.3, III.4, III.5, III.6, III.7, III.8, III.9, III.10, III.13, III.16, III.17, III.18, III.19) | 3 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Internistyczne(Zakresy: III.5, III.6, III.7, III.8, III.9, III.10, III.13, III.14, III.16, III.17, III.18, III.20) | 3 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Zachowawcze(Zakresy: III.5, III.6, III.7, III.8, III.9, III.10, III.13, III.14,III.16, III.17, III.18, III.19, III.20) | 3 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Geriatryczne(Zakres: III.9 ) | 3 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Diabetologiczne(Zakres: III.9 ) | 3 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Kardiologiczne(Zakresy: III.5, III.6, III.7,III.9, III.10 ) | 3 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Ginekologiczne(Zakresy: III.14 ) | 3 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Położniczo-Ginekologiczne(Zakresy: III.14 ) | 3 | pkt |  |
| **1.2. KURSY KWALIFIKACYJNE W DZIEDZINIE: (**\*Punktowane są tylko te kwalifikacje, które mają zastosowanie przy udzielaniu świadczeń określonego rodzaju.) |  |  |  |
| **KRYTERIUM** | **WAGA** | **Właściwe zaznaczyć krzyżykiem** |
| Pielęgniarstwo Anestezjologiczne i Intensywnej Opieki(Zakresy:III.1, III.2, III.6, III.7, III.12, III.20, III.21) | 1 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Anestezjologiczne (Zakresy:III.5, III.3, III.9, III.10, III.13) | 1 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Onkologiczne( Zakresy: III.3, III.4, III.5, III.6, III.7, III.8, III.10, III.13, III.16, III17, III.18, III.19) | 1 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Operacyjne(Zakresy: III.3, III.4, III.8, III.12, III.17, III.19, III.21, III.22) | 1 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Chirurgiczne(Zakresy: III.3, III.4, III.8, III.12, III.16, III.17, III.18, III.19, III.21) | 1 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Epidemiologiczne(Zakresy: III.3, III.4, III.8) | 1 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Diabetologiczne(Zakresy: III.3, III.4, III.5, III.9) | 1 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Internistyczne(Zakresy: III.5, III.6, III.7, III.9, III.10., III.13, III.14, III.16, III.17,III.18, III.19, III.20) | 1 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Zachowawcze(Zakresy: III.5, III.6, III.7, III.9, III.10., III.13, III.14, III.16, III.17,III.18, III.19, III.20) | 1 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Geriatryczne(Zakresy: III.5, III.9) | 1 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Opieki Paliatywnej(Zakres: III.5) | 1 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Geriatryczne(Zakresy: III.5,III.9) | 1 | pkt |  |
| Pielęgniarstwo Kardiologiczne(Zakres: III.10 | 1 | pkt |  |

**\*CZ. 1 FORMULARZA** - Punkty uzyskane w części 1 (kwalifikacje zawodowe) sumują się – kwalifikacje należy potwierdzić załączeniem kserokopii stosownego dokumentu. Nie sumują się punkty za specjalizację i kurs z tej samej dziedziny.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **KRYTERIUM** | **WAGA** | **Właściwe zaznaczyć krzyżykiem** |
| 1. **DYSPOZYCYJNOŚĆ**
 |
| **2.1. DEKLAROWANA minimalna LICZBA GODZIN ŚWIADCZENIA USŁUG W MIESIĄCU\***  |
| do 160 | 0 pkt |  |
| 161-200 | 1 pkt |  |
| 201-240 | 2 pkt |  |
| Powyżej 241 | 3 pkt |  |
| **2.2.W ZAKRESIE OKRESU TRWANIA UMOWY** |  |  |
| 1 rok | 0 pkt |  |
| 2 lata | 3 pkt |  |
| 3 lata | 5 pkt |  |

**Uwaga! Deklarowana minimalna liczba godzin winna być zgodna z oferowaną liczbą godzin świadczenia usług wskazaną w formularzu ofertowo-cenowym pod rygorem uznania jako wiążącej niższej wartości.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **KRYTERIUM**  | **WAGA** | **Właściwe zaznaczyć krzyżykiem** |
| 1. **DOTYCHCZASOWE, NIENAGANNE ŚWIADCZENIE PRACY LUB USŁUG W ZAWODZIE PIELĘGNIARKI /POŁOŻNEJ**
 |
| do 2 lat | 0 pkt |  |
| powyżej 2 do 8 lat | 1 pkt |   |
| powyżej 8 lat | 2 pkt |   |

**\*\* Do obliczeń stosuje się każdy pełny rok kalendarzowy pracy. Punkty z kolejnych lat nie sumują się.**

|  |  |
| --- | --- |
| *RAZEM LICZBA PUNKTÓW: ...............................* |  |
|   | …………………………………( data i podpis Oferenta (pieczątka) / upoważnionego przedstawiciela Oferenta) |

**OŚWIADCZENIE**

W oparciu o art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (dalej: RODO) informujemy, że Administratorem Pani/Pana Danych Osobowych jest: Szpitale Pomorskie Spółka z o.o. z siedzibą w Gdyni, ul. Powstania Styczniowego 1, 81-519 Gdynia (dalej: Szpitale Pomorskie). W sprawach związanych z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych (jako osoby, której dane osobowe są przetwarzane) należy kontaktować się z Administratorem Danych Osobowych za pomocą adresu e-mail: iod@szpitalepomorskie.eu lub drogą listu zwykłego na adres siedziby Szpitali Pomorskich: ul. Powstania Styczniowego 1, 81-519 Gdynia. Informujemy, że Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych pielęgniarki/położnej, do którego złożył/a Pan/Pani formularz ofertowy na podstawie art. 6 ust 1 pkt a), b) i c) oraz art. 9 ust. 2 pkt a), b), c) i h) RODO. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres pięciu lat od daty zakończenia konkursu z uwagi na obowiązki prawne Administratora Danych Osobowych związane z przeprowadzeniem konkursu, a następnie udokumentowaniem prawidłowości wyboru ofert konkursowych. Podane przez Panią/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego (poza teren Europejskiego Obszaru Gospodarczego), natomiast będą udostępniane innym odbiorcom, w szczególności podmiotom uprawionym do kontroli działalności spółki Szpital Pomorskie, w tym w zakresie prawidłowości konkursów przeprowadzanych zgodnie z przepisami ustawy o działalności leczniczej, organom samorządu zawodowego, podmiotom świadczącym obsługę prawną spółki Szpitale Pomorskie oraz operatorom telekomunikacyjnym świadczącym usługi teleinformatyczne na rzecz Administratora Danych Osobowych. Informujemy, że przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych, jak również prawo do wniesienia sprzeciwu wobec dalszego przetwarzania, a w przypadku wyrażenia zgody na przetwarzanie danych do jej wycofania. Skorzystanie z prawa cofnięcia zgody nie ma wpływu na przetwarzanie, które miało miejsce do momentu wycofania zgody, a także nie skutkuje usunięciem danych w takim zakresie
w jakim obowiązujące przepisy prawa zobowiązują Administratora Danych Osobowych do ich dalszego przetwarzania. Przysługuje Pani/Panu także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, w wypadku jeżeli uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednak jeżeli nie poda Pan/Pani danych osobowych i nie wyrazi zgody, nie będziemy mogli przeprowadzić postępowania konkursowego i dokonać jego rozstrzygnięcia z Pani/Pana udziałem. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania. Wycofanie zgody na przetwarzanie danych osobowych należy złożyć drogą poczty elektronicznej na adres mailowy iod@szpitalepomorskie.eu lub drogą poczty tradycyjnej, w formie pisemnej na adres siedziby spółki Szpitale Pomorskie.

Ja, niżej podpisana/-y oświadczam, iż przed wyrażeniem poniższych zgód zapoznałam/-em się z umieszczoną powyżej Klauzulą Informacyjną i niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dostarczonych przeze mnie w formularzu ofertowym i jego załącznikach, przez spółkę Szpitale Pomorskie Spółka z o.o. z siedzibą w Gdyni, ul. Powstania Styczniowego 1, 81-519 Gdynia – Administratora Danych Osobowych, w celu:

1. wykorzystania podanych przeze mnie dobrowolnie danych osobowych w celu przeprowadzenia konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych pielęgniarki/położne w spółce Szpitale Pomorskie, na jakie złożyłem/am ofertę konkursową zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych #.

TAK

 NIE

1. używania przez spółkę Szpitale Pomorskie telekomunikacyjnych urządzeń końcowych, których jestem użytkownikiem, dla celów przeprowadzenia konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych pielęgniarki w spółce Szpitale Pomorskie, w szczególności przeprowadzenia konkursu oraz prowadzenia negocjacji.

TAK

NIE

 ……………………………………………….

( data i podpis Oferenta (pieczątka) /

upoważnionego przedstawiciela Oferenta)

# Niewyrażenie zgody wiąże się z niemożliwością wzięcia udziału w konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych pielęgniarki/położne prowadzonym przez Administratora Danych Osobowych.

Potwierdzam poprawność podanych powyżej moich danych osobowych i dobrowolność ich przekazania.

 ……………………………………………….

 ( data i podpis Oferenta (pieczątka) /

upoważnionego przedstawiciela

1. \* Oświadczenia składane są pod rygorem odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. Składający oświadczenie jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli następującej treści: "Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia". Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. [↑](#footnote-ref-1)