

OŚWIADCZENIA INDYWIDUALNE

informacja o osobie

Ja,.....

(imię i nazwisko),

PESEL....., nr prawa wykonywania zawodu.....,

niniejszym oświadczam, że:

1. wyrażam zgodę na udostępnienie

.....

(nazwa i adres siedziby Oferenta)

swojego potencjału, danych osobowych, kwalifikacji oraz doświadczenia, dla celów konkursu na świadczenia zdrowotne udzielane przez lekarzy/lekarzy specjalistów wraz z nadzorem nad prawidłową organizacją i realizacją świadczeń w rodzaju leczenie ambulatoryjne w Nocnej i Świątecznej Opiece Zdrowotnej (zwane dalej NPL) Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie oraz dla celów realizacji przedmiotu konkursu w przypadku wyboru przez Udzielającego Zamówienie oferty w/w Oferenta i podpisania z nim umowy;

2. zapoznałem/łam się z zapisami Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert na świadczenia zdrowotne udzielane przez lekarzy/lekarzy specjalistów wraz z nadzorem nad prawidłową organizacją i realizacją świadczeń w rodzaju leczenie ambulatoryjne w Nocnej i Świątecznej Opiece Zdrowotnej (zwane dalej NPL) Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie, akceptuję je i nie wnoszę zastrzeżeń w zakresie udzielanych przeze mnie świadczeń medycznych;
3. posiadam doświadczenie w prowadzeniu podmiotu świadczącego usługi medyczne lub/i udzielaniu świadczeń zdrowotnych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna lub nocna i świąteczna opieka zdrowotna - lat.
4. nie figuruję w Kartotece Karnej Krajowego Rejestru Karnego;
5. **uprzedzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajanie prawdy, że wszystkie przedstawione przeze mnie dane są zgodne z prawdą.**

.....

data

.....

czytelny podpis

