

.....

(Miejscowość, data)

**OŚWIADCZENIE ZGODNOŚCI DANYCH PRZEDKŁADANYCH PRZEZ OFERENTA POD RYGOREM
ODPOWIEDZIALNOŚCI**

Świadomy odpowiedzialności cywilnej za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że personel udzielający świadczeń w zakresie objętym przedmiotem zamówienia spełnia wymogi w zakresie kwalifikacji określone w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert oraz wszystkie przedstawione przeze mnie dane są zgodne z prawdą.

Oświadczam, że:

1. Nie jestem zawieszony w prawie wykonywania zawodu ani ograniczony w wykonywaniu czynności medycznych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentysty lub przepisów o izbach lekarskich, a także,
2. Nie jestem ukarany karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu, a także,
3. Nie jestem pozbawiony możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym.

.....

Podpis Oferenta

*W przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą należy złożyć oświadczenie dotyczące lekarzy ,którzy będą wykonywać świadczenia w ramach niniejszego konkursu.