Załącznik Nr 2 do SWKO

…………………………………….  
(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 zawody 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 środka 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.