Załącznik Nr 5 do SWKO

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 **udzielanie świadczeń zdrowotnych w Dziale Pomocy Doraźnej i Przyjęć SP Zespołu Opieki Zdrowotnej w Turku** 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 **udzielanie świadczeń zdrowotnych w zdrowotnych w Dziale Pomocy Doraźnej i Przyjęć SP Zespołu Opieki Zdrowotnej w Turku** akceptuję je i nie wnoszę zastrzeżeń w zakresie udzielanych przeze mnie świadczeń medycznych;
3. **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