

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 lekarskich świadczeń zdrowotnych w Dziale Pomocy Doraźnej i Przyjęć - świadczenia w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej 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 lekarskich świadczeń zdrowotnych w Dziale Pomocy Doraźnej i Przyjęć - świadczenia w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej SP Zespołu Opieki Zdrowotnej w Turku** 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