

.....
(Miejscowość, data)

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

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. personel udzielający świadczeń nie jest zawieszony w prawie wykonywania zawodu ani ograniczony w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentysty lub przepisów o izbach lekarskich.
2. personel udzielający świadczeń nie jest ukarany karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu.
3. personel udzielający świadczeń nie jest pozbawiony możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym.

.....
Podpis Oferenta