

**Oświadczenia osoby realizującej w imieniu Oferenta świadczenia medyczne stanowiące
przedmiot konkursu
o braku pozbawienia możliwości wykonywania zawodu**

Oświadczam, że nie jestem:

1. 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. ukarany karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu,
3. pozbawiony możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym.

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć, podpis)