

Warszawa, dnia

.....

Imię i nazwisko

OŚWIADCZENIE LEKARZA REALIZUJĄCEGO
ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE NA RZECZ UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA

Oświadczam, że udzielam świadczeń zdrowotnych w ramach umowy z Wykonawcą oraz ponadto:

1. nie jestem pracownikiem Narodowego Instytutu Kardiologii Stefana kardynała Wyszyńskiego Państwowego Instytut Badawczy w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem postępowania konkursowego*,

albo

2. jestem pracownikiem Narodowego Instytutu Kardiologii Stefana kardynała Wyszyńskiego Państwowego Instytut Badawczy i udzielam świadczeń zdrowotnych na rzecz innych podmiotów leczniczych (w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej/pielęgniarskiej wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład)*.

i/lub

3. jestem pracownikiem Narodowego Instytutu Kardiologii Stefana kardynała Wyszyńskiego Państwowego Instytut Badawczy i udzielam świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów indywidualnych (w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej/indywidualnej praktyki lekarskiej wyłącznie w miejscu wezwania/indywidualna specjalistyczna praktyki lekarskiej/indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wyłącznie w miejscu wezwania tzw. praktyka gabinetowa lub w miejscu wezwania/indywidualnej praktyki lekarskiej)*.

.....

Podpis

*niepotrzebne skreślić