

Załącznik nr 3

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

Nazwa/ imię i nazwisko.....

Adres.....

Niniejszym, oświadczam, że:

1. Nie jestem 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. Nie jestem ukarany karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu.
3. Nie jestem pozbawiony prawa wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym.
4. Zapoznałem się z warunkami konkursu i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
5. Zapoznałem się z warunkami przedstawionymi w projekcie umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywanego zawodu, telefonu stacjonarnego i komórkowego wyłącznie dla celów realizacji tej umowy.
7. Oświadczam, iż nie zalegam w płatnościach podatków i składek z tytułu ubezpieczeń społecznych.
8. Oświadczam, że będę ponosił(a) wszelkie zobowiązania publiczno – prawne z tytułu realizowania umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych zapewniających podstawową opiekę zdrowotną dla osadzonych przebywających w Oddziale Zewnętrznym w Sierakowie Śląskim Zakładzie Karnym w Kluczborku

Jednocześnie zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić służbę kadrową o ewentualnych zmianach w tym zakresie.

.....
miejscowość, data

.....
pieczęć i podpis osoby upoważnionej/

osób upoważnionych do składania oświadczeń