**Załącznik do FORMULARZA OFERTOWEGO**

w postępowaniu konkursowym na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju:

**PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA,**

**w zakresie LEKARZ SPECJALISTA MEDYCYNY RODZINNEJ,**

**na rzecz pacjentów „Kleszczowskiej Przychodni Salus” Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Kleszczowie, ul. Osiedlowa 2**

**OŚWIADCZENIE**

Ja, niżej podpisana/y oświadczam, iż\*:

1. Posiadam/nie posiadam doświadczenie zawodowe w wykonywaniu świadczeń zdrowotnych zgodnych z przedmiotem konkursu powyżej 10 lat;
2. Udzielam/nie udzielam świadczeń opieki zdrowotnej będących przedmiotem konkursu w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia przez okres co najmniej 5 lat;
3. Posiadam/nie posiadam doświadczenie w wykonywaniu zadań kierownika specjalizacji w rozumieniu art. 16m ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty;
4. zobowiązuję do świadczenia usługi od poniedziałku do piątku w godzinach od 8.00 do 18.00, za wyjątkiem sobót, niedziel i dni ustawowo wolnych od pracy, w wymiarze co najmniej 120 godziny średniomiesięcznie, zgodnie z ustalonym harmonogramem.

\*niewłaściwe skreślić

(czytelny podpis oferenta, data)