

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 doświadczenie zawodowe w wykonywaniu świadczeń zdrowotnych zgodnych z przedmiotem konkursu powyżej 10 lat;
2. 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 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 32 godziny średniotygodniowo, zgodnie z ustalonym harmonogramem.

*niewłaściwe skreślić

(czytelny podpis oferenta, data)