

Dane oferenta:

Nazwa: .....

.....

Adres: .....

### OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że nie zachodzi wobec mnie przeszkoda z art. 132 ust. 3 oraz art. 133 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz.U.2021 r., poz. 1285 z późn. zm.), uniemożliwiająca zawarcie umowy.
2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się i nie wnoszę zastrzeżeń do załączonych projektów umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:  
**- konsultacji internistycznych w stanach nagłych (chorób wewnętrznych),  
- anestezyjologicznych, resuscytacji krążeniowo- oddechowej, resuscytacji oddechowej, tracheotomii wspomagającej oddychanie, intubacji, wkłuc centralnych**  
i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w tym projekcie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią klauzuli informacyjnej.

....., dnia .....

.....

(czytelny podpis Oferenta)