

OŚWIADCZENIE

Imię

Nazwisko

Oświadczam, że:

- 1) Zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na świadczenie usług zdrowotnych oraz szczegółowymi informacjami o warunkach konkursu i przyjmuję je bez zastrzeżeń,
- 2) Zapoznałam/em się z projektem Umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz umową powierzenia danych osobowych do przetwarzania i zobowiązuje się do ich podpisania na zaoferowanych warunkach w miejscu i czasie określonym przez SPZOZ,
- 3) Zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej i przedstawienia jej SPZOZ w Kraśniku do dnia zawarcia umowy oraz zapewnię jej ciągłość w trakcie obowiązywania umowy,
- 4) Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na użytek postępowania konkursowego (zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa),
- 5) Jestem związany(a) niniejszą ofertą przez okres 30 dni od daty upływu terminu składania,
- 6) Złożone przeze mnie kserokopie dokumentów zgodne są z oryginałami.

Data

Podpis

OŚWIADCZENIE

Imię

Nazwisko

Niniejszym oświadczam, że nigdy nie byłam/em/ karana/y/ za przestępstwa oraz uchybienie w związku z wykonywaną pracą.

Data

Podpis