**Załącznik do FORMULARZA OFERTOWEGO**

w postępowaniu konkursowym na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju:

**AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA**

**OKULISTYKA**

**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 5 lat (w tym w trakcie specjalizacji);
2. Udzielam/nie udzielam świadczeń opieki zdrowotnej będących przedmiotem konkursu w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia w okresie ostatnich 5 latach;

\*niewłaściwe skreślić

(czytelny podpis oferenta, data)