Areszt Śledczy
76-200 Słupsk, ul. Sądowa 1
tel. 59 848 32 00, fax 59 842 86 08, email: as_slupsk@sw.gov.pl

Załącznik nr 3
do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert
na udzielanie świadczeń zdrowotnych

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że:

- nie jestem zawieszony w prawie wykonywania zawodu ani ograniczony w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentysty, lub przepisów o izbach lekarskich, a także,
- nie jestem ukarany karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu, a także,
- nie jestem pozbawiony możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem środka karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym,
- nie posiadam zaległości w zakresie odprowadzania składek ZUS na ubezpieczenia społeczne.

..... (miejscowość, data)

..... (pieczęć i podpis osoby/osób upoważnionej/ych do składania oświadczeń)