



Fundusze Europejskie  
dla Świętokrzyskiego

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



WOJEWÓDZTWO  
ŚWIĘTOKRZYSKIE

Załącznik Nr 2 do SWKO

.....  
(Miejscowość, data)

## OŚWIADCZENIE ZGODNOŚCI DANYCH PRZEDKŁADANYCH PRZEZ OFERENTA POD RYGOREM ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ

Świadomy odpowiedzialności cywilnej za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że personel udzielający świadczeń w zakresie objętym przedmiotem zamówienia spełnia wymogi w zakresie kwalifikacji określone w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert oraz wszystkie przedstawione przeze mnie dane są zgodne z prawdą.

### Oświadczam, że:

1. Personel nie jest 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.
2. Personel nie jest ukarany karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu.
3. Personel nie jest pozbawiony możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym.

.....  
Podpis Oferenta