**Załącznik nr 4**

Warszawa dnia …............

Imię i Nazwisko .......................................................................

**OŚWIADCZENIE**

Nawiązując do udziału w konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych wymienionych w Dokumentacji Konkursowej oświadczam, że:

1. posiadam aktualne zaświadczenie sanitarno-epidemiologiczne;
2. posiadam aktualne orzeczenie lekarskie o stanie zdrowia od lekarza medycyny pracy potwierdzające brak przeciwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy stanowiącej przed-miot umowy;
3. posiadam aktualne zaświadczenie o przeszkoleniu w zakresie bhp.

Oświadczam ponadto, iż na każde żądanie Udzielającego zamówienia złożę dokumenty potwierdzające ww. wymagania (oryginały lub kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem).

data podpis /pieczątka oferenta

Podanie nieprawdziwych informacji skutkuje nieważnością umowy, o ile zostanie zawarta, oraz odpowiedzialnością karną wynikającą z art. 193 pkt 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych