Załącznik nr 2b

do Umowy …………….

z dnia …………………

**OŚWIADCZENIE**

**LEKARZA REALIZUJĄCEGO**

**ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE**

**NA RZECZ PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE[[1]](#footnote-1)**

Oświadczam, że udzielam świadczeń zdrowotnych w ramach umowy z Przyjmującym Zamówienie oraz ponadto:

1. udzielam świadczeń zdrowotnych na rzecz kilku szpitali (w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy   
   z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład)

i/lub

1. udzielam świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów indywidualnych (w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej/ indywidualnej praktyki lekarskiej wyłącznie   
   w miejscu wezwania/ indywidualna specjalistycznej praktyki lekarskiej/ indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wyłącznie w miejscu wezwania tzw. praktyka gabinetowa lub w miejscu wezwania).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko Lekarza | Oświadczenie[[2]](#footnote-2) | Podpis |
|  | * 1 * 2 |  |
|  | * 1 * 2 |  |
|  | * 1 * 2 |  |

(ilość wierszy należy dostosować do liczby podpisujących oświadczenie lekarzy)

1. Wypełniają i podpisują wszystkie osoby wskazane przez Przyjmującego Zamówienie do realizacji świadczeń [↑](#footnote-ref-1)
2. Każdy lekarz zaznacza właściwe oświadczenie [↑](#footnote-ref-2)