Załącznik nr 2 ………………………., dnia…………………2019

CZĘŚĆ A -wypełnia osoba fizyczna

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU WARUNKÓW PRZEZ OSOBĘ FIZYCZNĄ

IMIĘ, NAZWISKO…………………………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. | Kryterium |
| 1 | Oświadczam, że posiadam min roczne doświadczenie w wykonywaniu zawodu medycznego  | TAK NIE |
| 2 | Oświadczam, że :Posiadam wykształcenie medyczne  lekarskie  pielęgniarskie | Nr prawa wykonywania zawodu* + - 1. ………………………
			2. ………………………
 |
| 3 | Oświadczam, że :Osobiście będę wykonywał/a usługi w zakresie działań edukacyjnych |  TAK NIE  |
| 2 | Oświadczam, że wezmę udział w warsztatach edukacyjnych organizowanych przez PŁ dla personelu medycznego przeprowadzającego działania edukacyjne dla potencjalnych Uczestników projektu  | Warsztaty organizowane w 2019  Tak Nie Warsztaty organizowane w 2020  Tak Nie  |
| 3 | Oświadczam, że podmiot, z którym współpracuję udziela świadczeń zdrowotnych w ramach POZ, posiada swoje jednostki organizacyjne w następujących powiatach woj. łódzkiego:bełchatowski, łęczycki, łowicki, pabianicki, piotrkowski, poddębicki, radomszczański, sieradzki, wieruszowski, wieluński, brzeziński, łódzki wschodni, łódź, tomaszowski  | Nazwa podmiotu i powiatu, na terenie którego reprezentowany podmiot udziela świadczeń…………………………………………… |
| 4 | Oświadczam, że podmiot, z którym współpracuję udziela świadczeń zdrowotnych w ramach POZ posiada swoje jednostki organizacyjne w szczególności na obszarach wiejskich oraz w miejscowościach poniżej 20.000 mieszkańców na obszarach słabo zaludnionych w gminach następujących powiatów woj. łódzkiego

|  |  |
| --- | --- |
| **Powiaty**  | **Gminy**  |
| **bełchatowski**  | Bełchatów\*, Drużbice, Kleszczów, Kluki, Rusiec, Szczerców  |
| **brzeziński**  | Brzeziny\*, Dmosin, Jeżów, Rogów  |
|  |  |
|  |  |
| **łęczycki**  | Daszyna, Góra Świętej Małgorzaty, Grabów, Łęczyca\*, Piątek, Świnice Warckie, Witonia  |
| **łowicki**  | Bielawy, Chąśno, Domaniewice, Kiernozia, Kocierzew Południowy, Łowicz\*, Łyszkowice, Nieborów, Zduny  |
| **łódzki wschodni**  | Brójce, Koluszki, Nowosolna, Tuszyn  |
|  |  |
| **pabianicki**  | Dłutów, Dobroń, Lutomiersk, Pabianice\*  |
|  |  |
| **piotrkowski**  | Aleksandrów, Czarnocin, Gorzkowice, Grabica, Łęki Szlacheckie, Moszczenica, Ręczno, Rozprza, Sulejów, Wola Krzysztoporska, Wolbórz  |
| **poddębicki**  | Dalików, Pęczniew, Poddębice, Uniejów, Wartkowice, Zadzim  |
| **radomszczański**  | Dobryszyce, Gidle, Gomunice, Kamieńsk, Kobiele Wielkie, Kodrąb, Lgota Wielka, Ładzice, Masłowice, Przedbórz, Wielgomłyny, Żytno  |
|  |  |
| **sieradzki**  | Błaszki, Brąszewice, Brzeźnio, Burzenin, Goszczanów, Klonowa, Sieradz\*, Warta, Wróblew, Złoczew  |
|  |  |
| **tomaszowski**  | Będków, Budziszewice, Czerniewice, Inowłódz, Lubochnia, Rokiciny, Rzeczyca, Tomaszów Mazowiecki\*, Ujazd, Żelechlinek  |
| **wieluński**  | Biała, Czarnożyły, Konopnica, Mokrsko, Osjaków, Ostrówek, Pątnów, Skomlin, Wierzchlas  |
| **wieruszowski**  | Bolesławiec, Czastary, Galewice, Lututów, Łubnice, Sokolniki  |
|  |  |
|  | \*Dotyczy tylko gmin wiejskich  |

 | Tak NieNazwa podmiotu i gminy, w której reprezentowany podmiot świadczy usługi w zakresie POZ…………………………………………….………….…………………………………. |
| 5 | Oświadczam, że właściciel/le\* podmiotu leczniczego, z którym współpracuję wyraził/li zgodę na udostępnianie pomieszczeń podmiotu w celu wykonywania przeze mnie **usługi w zakresie edukacji zdrowotnej** w ramach projektu: „Działania profilaktyczne w kierunku wczesnego wykrywania nowotworu jelita grubego dla mieszkańców województwa łódzkiego Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi nr RPLD.10.03.03.-10-0004-/18-00*\*Właściciel/le bez względu na formę prawną*  | TAK NIE |
| 6 | Oświadczam, iż podmiot, z którym współpracuję i w której będę prowadził/a działania z zakresu edukacji prozdrowotnej jest przystosowany dla potrzeb osób z niepełnosprawnością | TAKNIE |

jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania wynikające z art. 233 (podanie nieprawdy lub zatajenie nieprawdy) ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 1997 r., Nr 88, poz. 553 ze zm.), a zawarte w ofercie informacje są zgodne z prawdą oraz stanem faktycznym.

……………………………………

podpis i pieczęć osoby(ób) uprawnionej(-ych)