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 Nie  Nazwa 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 | TAK  NIE |

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)