

Oświadczenie

Oświadczam, że w
..... z siedzibą
(nazwa zakładu opieki zdrowotnej)
w, przy ul. udzielane będą/są
świadczenia zdrowotne wyłącznie przez osoby wykonujące zawód
medyczny, oraz spełniające wymagania zdrowotne, określone w
odrębnych przepisach.

Jednocześnie oświadczam, iż w Zakładzie będą/są określone
i przestrzegane minimalne normy zatrudnienia pracowników działalności
podstawowej oraz iż aparatura i sprzęt medyczny wykorzystywany przez
Zakład posiada atesty, certyfikaty dopuszczające do użytkowania

Oświadczam również, że w Zakładzie świadczenia zdrowotne
udzielane będą/są przez zespół osób (co najmniej 2 osoby),
tj. przez
(wpisać ilość osób).

Podstawa prawna - art. 1 pkt 1, art. 9 pkt 1 i 4 oraz art. 10 pkt. 1,
pkt. 4 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z dnia **30. 08. 1991 r. Dz.
U. Nr 91, poz. 408 z późn. zm).**

.....
miejsowość data

.....
podpis