**Oświadczenie:**

* 1. Oświadcza, że przeciwko mnie nie toczy się postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej.
	2. Oświadczam, że nie jestem zawieszony/a w prawie wykonywania zawodu ani ograniczony/a w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie przepisów zawodu pielęgniarki i położnej lub przepisów o Izbach Pielęgniarskich.
	3. Nie jestem ukarany/a karą zawieszenia w wykonywaniu zawodu.
	4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez SPZOZ Szpital Św. Ducha w Rawie Mazowiecki dla potrzeb konkursu oraz czynności niezbędnych do realizacji świadczeń zdrowotnych określonych w umowie, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

………………………………….. ………………………………………………..

( miejscowość, data ) (podpis i pieczęć Świadczeniodawcy )