Załącznik nr 2 do umowy

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

Wykonawca oświadcza, że każda z osób udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach niniejszej umowy udziela ponadto świadczeń zdrowotnych na rzecz innych podmiotów leczniczych (w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej/pielęgniarskiej wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład) lub 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/ indywidualnej praktyki pielęgniarskiej).

**………………………………………….**

*(podpis Wykonawcy)*

**OŚWIADCZENIE LEKARZA/LEKARZY REALIZUJĄCYCH**

ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

NA RZECZ WYKONAWCY

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

1. nie jestem pracownikiem Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie (USD w Krakowie)
w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem postępowania konkursowego,

albo

1. jestem pracownikiem USDK w Krakowie i udzielam świadczeń zdrowotnych na rzecz innych podmiotów leczniczych (w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej/pielęgniarskiej wyłącznie
w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład),

i/lub

1. jestem pracownikiem USDK w Krakowie i 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/indywidualnej praktyki pielęgniarskiej).

Ponadto przyjmuję do wiadomości, iż w przypadku, braku wyboru jakiegokolwiek z poniższych wariantów zastosowanie znajduje **§ 7** Umowy, tzn.: wynagrodzenie, wynikające z realizacji umowy zostanie pomniejszone o wartość składek należnych do potrącenia

………………………………………………………

Czytelny podpis

Lekarza/Lekarzy Realizujących

świadczenia zdrowotne na rzecz Wykonawcy