

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU KRYTERIÓW GRUPY DOCELOWEJ
„Profesjonalny diagnosta laboratoryjny”
POWR.05.04.00-00-0137/18

.....
Imię i nazwisko

.....
Data urodzenia

OŚWIADCZAM, ŻE:

Informacje zawarte w niniejszym formularzu odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe i jestem pouczone/a i świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, wynikającej z art. 233 § 1 i 2 Kodeksu Karnego.

Oświadczam, że jestem diagnostą laboratoryjnym pracującym w laboratorium posiadającym co najmniej 1 umowę z podmiotem leczniczym posiadającym umowę z OW NFZ.

Proszę wskazać nazwę podmiotu:

.....
.....

.....
Czytelny podpis kandydata