

.....  
data oświadczenia

## OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany:

.....  
imię i nazwisko

.....  
adres zamieszkania

W związku z postanowieniem §1, pkt. 1, lit. c Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 6 listopada 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii:

Niniejszym oświadczam, że jestem osobą wykonującą zawód medyczny w rozumieniu art. 2, ust. 1, pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, za którą to w myśl przytoczonego przepisu uznaje się osobę uprawnioną na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osobę legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny, co uprawnia mnie do korzystania z usług hotelarskich w obiekcie SIRVIS Apartamenty położonym w Mołowiste 22, 16-326 Płaska.

.....  
podpis składającego oświadczenie