

.....
data oświadczenia

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany:

.....
imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

W związku z Rozporządzeniem Rady Ministrów 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