

....., dnia2024 r.
Miejscowość

OŚWIADCZENIE o bezstronności

Ja niżej podpisana/y oświadczam, iż:

- Wchodzę w skład organów statutowych i pełnię funkcje kierownicze u wymienionych niżej świadczeniodawców w zakresie opieki zdrowotnej i jestem przedstawicielem tego zakładu.*
- Jestem małżonkiem, krewnym lub powinowatym w linii prostej, krewnym bocznym do czwartego stopnia, powinowatym boczny do drugiego stopnia osoby wchodzącej w skład organów statutowych lub pełniącej funkcje kierownicze u świadczeniodawców w placówkach opieki zdrowotnej wymienionych niżej lub przedstawicielem którejkolwiek z tych osób.*
- Jestem związany z osobą wchodzącą w skład organów statutowych lub pełniącą funkcje kierownicze u świadczeniodawców w placówkach opieki zdrowotnej wymienionych niżej lub przedstawicielem którejkolwiek z tych osób z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli.*
- Jestem pracownikiem placówek opieki zdrowotnej wymienionych niżej, zatrudnionym na podstawie umowy o pracę, wyboru, mianowania, powołania lub umowy cywilno - prawnej.*
- Pomiędzy mną a osobą wchodzącą w skład organów statutowych lub pełniącą funkcje kierownicze u świadczeniodawców lub przedstawicielem świadczeniodawców wymienionych niżej, zachodzi stosunek osobisty tego rodzaju, że mógłby wywołać wątpliwości co do mojej bezstronności.*

Wykaz świadczeniodawców, z którymi łączą mnie wyżej wymienione powiązania:

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

*Wykreślić jeśli nie dotyczy.

Równocześnie oświadczam, w odniesieniu do pozostałych świadczeniodawców biorących udział w kontroli jakości przesiewowych badań cytologicznych 2024 r., że:

- Nie wchodzę w skład organów statutowych i nie pełnię funkcji kierowniczej u świadczeniodawcy w zakresie opieki zdrowotnej, którego dotyczy audyt i nie jestem przedstawicielem tego zakładu.
- Nie jestem małżonkiem, krewnym lub powinowatym w linii prostej, krewnym bocznym do czwartego stopnia, powinowatym bocznym do drugiego stopnia osoby wchodzącej w skład organów statutowych lub pełniącej funkcje kierownicze u świadczeniodawcy w placówce opieki zdrowotnej, której dotyczy audyt lub przedstawicielem którejkolwiek z tych osób.
- Nie jestem związany z osobą wchodzącą w skład organów statutowych lub pełniącą funkcje kierownicze u świadczeniodawcy w placówce opieki zdrowotnej, której dotyczy kontrola lub przedstawicielem którejkolwiek z tych osób z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli.
- Nie jestem pracownikiem placówki opieki zdrowotnej, której dotyczy kontrola, zatrudnionym na podstawie umowy o pracę, wyboru, mianowania, powołania lub umowy cywilno - prawnej.

Jestem również świadoma/y, że:

- (niezależnie od przyczyn wymienionych powyżej) biorąc udział w kontroli mogę zostać z niej wyłączona/y, jeżeli pomiędzy mną a osobą wchodzącą w skład organów statutowych lub pełniącą funkcje kierownicze u świadczeniodawcy lub przedstawicielem świadczeniodawcy, zachodzi stosunek osobisty tego rodzaju, że mógłby wywołać wątpliwości co do mojej bezstronności;
- wymienione wyżej powody wyłączenia z kontroli, obowiązują także po ustaniu małżeństwa, przysposobienia, opieki lub kurateli.

.....
Imię i nazwisko kontrolera