

Załącznik nr 1

....., dnia2017 r.

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y oświadczam, iż:

- Nie wchodzę w skład organów statutowych i nie pełnię funkcji kierowniczej u świadczeniodawcy, którego dotyczy kontrola i nie jestem przedstawicielem tego świadczeniodawcy.
- 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, którego dotyczy kontrola lub przedstawicielem którejkolwiek z tych osób.
- Nie jestem związany z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z osobą wchodzącą w skład organów statutowych lub pełniącą funkcje kierownicze u świadczeniodawcy, którego dotyczy kontrola lub przedstawicielem którejkolwiek z tych osób.
- Nie jestem pracownikiem świadczeniodawcy, którego dotyczy kontrola, zatrudnionym na podstawie umowy o pracę, wyboru, mianowania, powołania lub umowy cywilno - prawnej.

Jestem również świadoma/y, że:

- 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 będącą 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.

Ponadto zobowiązuję się do:

- informowania o każdej sytuacji zaistnienia przesłanek do wyłączenia mnie z prowadzenia kontroli u danego świadczeniodawcy;
- przeprowadzenia kontroli zgodnie z przyjętymi zasadami u świadczeniodawców wskazanych w załączniku 2 do niniejszego oświadczenia.

.....

(Podpis osoby kontrolującej)

Załącznik nr 1a

....., dnia2017 r.

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y oświadczam, iż:

- spełniam zawarte w zasadach realizacji wymagania oraz posiadam kompetencje uprawniające do przeprowadzania kontroli jakości świadczeniodawców *Programu profilaktyki raka piersi* w zakresie jakości badań mammograficznych;
- zapoznałem/zapoznałam* się z zasadami realizacji kontroli jakości świadczeniodawców *Programu profilaktyki raka piersi* w zakresie jakości badań mammograficznych i zobowiązuję się do przeprowadzenia kontroli zgodnie z metodologią;
- zapoznałem/zapoznałam* się z protokołem z kontroli jakości świadczeniodawców *Programu profilaktyki raka piersi* w zakresie jakości badań mammograficznych i zobowiązuję się do przeprowadzenia kontroli w oparciu o kryteria określone w protokole.

.....

(Podpis osoby kontrolującej)

* zaznaczyć właściwe

Załącznik nr 2

....., dnia2017 r.

**LISTA ŚWIADCZENIODAWCÓW PODLEGAJĄCYCH KONTROLI JAKOŚCI
BADAŃ MAMMOGRAFICZNYCH W ROKU 2017**

Imię i nazwisko kontrolera:

Nr dowodu osobistego:

Wykaz świadczeniodawców:

1.....

2.....

3.....

4.....

.....
(Podpis osoby kontrolującej)