

Oświadczenie dot. usług rozwojowych z zakresu wykonywania procedur medycyny estetyczno-naprawczej

Miejscowość; data:	
Dane Dostawcy Usług: (Nazwa; NIP)	
ID Usługi Rozwojowej:	
Tytuł Usługi Rozwojowej:	
Dane Uczestnika Usługi Rozwojowej (imię, nazwisko, PESEL)	

OŚWIADCZENIE

na podstawie obowiązujących przepisów prawa, w tym ich wykładni przedstawionej w komunikacie Ministra Zdrowia¹ dotyczącym wykonywania procedur medycyny estetyczno-naprawczej procedury te stanowią świadczenia zdrowotne i mogą być wykonywane wyłącznie przez osoby posiadające uprawnienia lekarza lub lekarza dentystry, zgodnie z ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz przepisami wykonawczymi.

W związku z powyższym oświadczam, że w/w usługa rozwojowa obejmuje w swoim zakresie procedury medycyny estetyczno-naprawczej:

TAK

NIE

W przypadku twierdzącej odpowiedzi:

Oświadczam, że w/w Uczestnik Usługi Rozwojowej jest:

- lekarzem specjalistą w dziedzinie dermatologii i wenerologii oraz chirurgii plastycznej lub
- innym lekarzem lub lekarzem dentystrą posiadającym prawo wykonywania zawodu na czas nieokreślony oraz udokumentowane kwalifikacje i certyfikaty potwierdzające nabycie umiejętności zawodowych w zakresie medycyny estetyczno-naprawczej co zostało zweryfikowane na podstawie adekwatnych dokumentów.

Podpis osoby upoważnionej
do reprezentacji Dostawcy Usług.

¹ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/komunikat-w-sprawie-wykonywania-procedur-medycyny-estetyczno-naprawczej>