
Imię i nazwisko podmiotu składającego wniosek

Adres podmiotu składającego wniosek

**Wojewódzka Komisja
do Spraw Orzekania
o Zdarzeniach Medycznych
w Białymstoku**

**OŚWIADCZENIE
do wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego**

Mając na uwadze art. 67b ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417, z późn. zm.) oświadczam na podstawie posiadanych przeze mnie informacji, że w związku ze zdarzeniem będącym przedmiotem wniosku:

- toczy się / nie toczy się^{*)} postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej osoby wykonującej zawód medyczny;
- toczy się / nie toczy się^{*)} postępowanie karne w sprawie o przestępstwo;
- prawomocnie osądzono sprawę / nie osądzono sprawy^{*)} o odszkodowanie lub zadośćuczynienie pieniężne;
- toczy się / nie toczy się^{*)} postępowanie cywilne w tej sprawie.

Miejscowość, data

Podpis podmiotu składającego wniosek

^{*)} *Niewłaściwie skreślić.*