

---

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 2012 r., poz. 159) oświadczam na podstawie posiadanych przeze mnie informacji, że w związku ze zdarzeniem będącym przedmiotem wniosku:

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

---

Miejscowość, data

---

Podpis podmiotu składającego wniosek

<sup>\*)</sup> *Niewłaściwe skreślić.*