

OŚWIADCZENIE O WYŁĄCZNYM STOSOWANIU

Ja niżej podpisana/y lekarz

Wpisana/y do rejestru Okręgowej Izby Lekarskiej (PWZ) w

Jestem świadoma/y, że wyroby medyczne klasy I, II oraz III, które zostały przeze mnie zakupione, mogą być kupowane i stosowane tylko przez lekarza z aktualnym prawem wykonywania zawodu.

Zobowiązuję się do zaniechania odsprzedaży, nieodpłatnego przekazywania lub odstąpienia z innego tytułu, zakupionego przeze mnie produktu, lekarzom lub innym osobom nie spełniającym formalnych wymogów do zakupu i użytkowania produktu, o których wyżej mowa.

Odpowiedzialnością za ewentualne nieprawidłowe zastosowanie produktu przez specjalistów nie mających uprawnień do jego stosowania w gabinecie, zostanie obciążony lekarz, który odstąpił osobom trzecim zakupiony przez siebie produkt. Lekarz ponosi pełną i wyłączną odpowiedzialność szkody i ich następstwa związane z wykonywaniem zabiegu przy zastosowaniu wyrobu medycznego klasy I, II i III.

Niniejszym oświadczam, że w/w zabiegi będą wykonywane w gabinecie

tylko i wyłącznie przeze mnie.

Miejsce i data _____

Pieczątka

Podpis _____