

(pieczęć oferenta)

**OŚWIADCZENIE PODMIOTU WYKONUJĄCEGO DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ
ZATRUDNIAJĄCEGO PERSONEL MEDYCZNY**

w zakresie:

➤

(wpisać zakresu udzielanych świadczeń)

1. Oświadczam, iż zapewniam wykwalifikowany personel do udzielania świadczeń będących przedmiotem postępowania zgodnie z poniższym wykazem.
2. Zobowiązuję się do udostępnienia dokumentów potwierdzających kwalifikacje personelu .

WYKAZ PERSONELU

Lp.	Imię i nazwisko	Grupa zawodowa	Nr prawa wykonywania zawodu (jeśli dotyczy)	Podstawa do dysponowania osobą (np. umowa o pracę, umowa zlecenie, osoba innego podmiotu - forma zatrudnienia)

(miejscowość, data)

(podpis i pieczętka Oferenta)