

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

**W zakresie:**

- 1) Pielęgniarki/Pielęgniarze** – w zespołach wyjazdowych ratownictwa medycznego, zespołach transportowych\*
- 2) Pielęgniarki/Pielęgniarze** – w dyspozytorni medycznej\*
- 3) Pielęgniarki/Pielęgniarze** w Poradni Chirurgii Dziecięcej\*

**\*niepotrzebne skreślić**

Oświadczam, iż zapewniam wykwalifikowany personel do udzielenia świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego postępowania.

<b>Lp.</b>	<b>Imię i nazwisko</b>	<b>Kwalifikacje zawodowe i staż pracy</b>	<b>Miejsce i rodzaj udzielanych świadczeń</b>	<b>Podpis personelu</b>

(miejscowość, data)

(podpis i pieczęć Oferenta)