

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

W zakresie:

- Lekarzy** - w specjalistycznych zespołach wyjazdowych ratownictwa medycznego, transportowych*
- w zespole ogólnolekarskim w ramach nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki zdrowotnej*
- w poradni chirurgii dziecięcej*

***niepotrzebne skreślić**

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

Lp.	Imię i nazwisko	Kwalifikacje zawodowe i staż pracy	Miejsce i rodzaj udzielanych świadczeń	Podpis personelu

(miejscowość, data)

(podpis i pieczęć Oferenta)