

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

W zakresie:

Pielęgniarki/Pielęgniarze – w dyspozytorni medycznej

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)