

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

**W zakresie:**

- 1) Ratownik medyczny** – w zespołach wyjazdowych ratownictwa medycznego \*
  - 2) Ratownik medyczny** - z uprawnieniami do kierowania pojazdami uprzywilejowanymi w zespołach wyjazdowych ratownictwa medycznego \*.
- \*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)