

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

W zakresie:

- 1) **Pielęgniarka/Pielęgniarz** – w zespołach wyjazdowych ratownictwa medycznego, transportowych*
 - 2) **Pielęgniarka/Pielęgniarz** - z uprawnieniami do kierowania pojazdami uprzywilejowanymi w zespołach wyjazdowych ratownictwa medycznego, transportowych*
- *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)