

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

Postępowanie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w zakresie:

Lekarz – w specjalistycznych zespołach wyjazdowych ratownictwa medycznego

z miejscem stacjonowania zespołów w: Mielcu, Stalowej Woli, Dębicy.

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)