

**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 | Pesel | Nazwisko rodowe, imię ojca, imię matki | Kwalifikacje zawodowe i staż pracy | Preferowane miejsce wykonywania świadczeń zdrowotnych | Podpis personelu |
|-----|-----------------|-------|--|------------------------------------|---|------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

(miejscowość, data)

(podpis i pieczęć Oferenta)