

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

W zakresie:

- 1) Ratownik medyczny** – w zespołach wyjazdowych ratownictwa medycznego, transportowych *
 - 2) Ratownik medyczny** - 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)