

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

W zakresie:

Lekarz w specjalistycznych wyjazdowych zespołach ratownictwa medycznego

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	Miejsce wykonywania świadczeń zdrowotnych	Podpis personelu

(miejscowość, data)

(podpis i pieczęć Oferenta)