

**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)