

**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.

<b>Lp.</b>	<b>Imię i nazwisko</b>	<b>Pesel</b>	<b>Nazwisko rodowe, imię ojca, imię matki</b>	<b>Kwalifikacje zawodowe i staż pracy</b>	<b>Miejsce wykonywania świadczeń zdrowotnych</b>	<b>Podpis personelu</b>

(miejscowość, data)

(podpis i pieczęć Oferenta)