

Załącznik nr 3 do SWKO nr SP/KD.1141-21/2024
z dnia 28.11.2024 r.
na zawarcie umów na świadczenia zdrowotne
w zakresie usług pielęgniarstwa koordynującego Oddziału rehabilitacji neurologicznej
Szpitala Powiatowego w Wyrzysku Sp. z o.o.

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

1. Oświadczam, iż zapewniam wyszkolony i wykwalifikowany personel do udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego postępowania.
2. Osobą kierującą pielęgniarstwem koordynującym Oddziałem rehabilitacji neurologicznej do udzielania świadczeń zdrowotnych będzie:

.....
.....

Lp.	Imię i nazwisko	Kwalifikacje zawodowe, staż pracy i nr prawa wykonywania zawodu

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)

.....
(miejsowość, data)