

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

1. Oświadczam, iż zapewniam wyszkolony i wykwalifikowany personel do udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego postępowania.
2. Osobą kierującą personel do udzielania świadczeń zdrowotnych w zespole będzie:.....  
.....

| Lp. | Imię i nazwisko | Kwalifikacje zawodowe i staż pracy |
|-----|-----------------|------------------------------------|
|     |                 |                                    |
|     |                 |                                    |
|     |                 |                                    |
|     |                 |                                    |
|     |                 |                                    |
|     |                 |                                    |
|     |                 |                                    |
|     |                 |                                    |
|     |                 |                                    |

.....  
(podpis i pieczęć Oferenta)

.....  
(miejsce, data)