

Załącznik nr 3 do SWKO SP/KD.1141-31/2024  
z dnia 10.12.2024 r.

na zawarcie umów udzielanie świadczeń medycznych  
w Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej Szpitala Powiatowego w Wyrzysku Sp. z o.o.  
w formie lekarskiego nadzoru nad oddziałem, pacjentem oraz personelem

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

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)

.....  
(miejsowość, data)