Załącznik nr 3 do SWKO SP/KD.1141-29/2024
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 świadczenia usług neurologicznych w Oddziale

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 pieczątka Oferenta)

…….....……
(miejscowość, data)