

Załącznik nr 3 do SWKO SP/KD.1141-1/2025  
z dnia 03.01.2025 r.  
na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy  
w ramach Poradni Urologicznej  
Szpitala Powiatowego w Wyrzysku Spółka z o.o.

**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)