

Załącznik nr 3 do SWKO SP/KD.1141-8/2025
z dnia 21.01.2025 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 - uzupełnienie

**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)