

Załącznik nr 3 do SWKO SP/KD.1141-17/2025
z dnia 04.03.2025 r.

na zawarcie umów na udzielanie stacjonarnych usług medycznych w dziedzinie chorób wewnętrznych przez Ordynatora Oddziału Wewnętrznego dla potrzeb Szpitala Powiatowego w Wyrzysku Sp. 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)

.....
(miejsce, data)