

Załącznik nr 3 do SWKO SP/KD.1141-19/2025
z dnia 08.04.2025 r.
na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy
w ramach Poradni Ortopedycznej
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)

.....
(miejscowość, data)