

**OŚWIADCZENIE PODMIOTU WYKONUJĄCEGO DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ
ZATRUDNIAJĄCEGO PERSONEL PIELĘGNIARSKI**

1. Oświadczam, iż zapewniam wyszkolony i wykwalifikowany personel do udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego postępowania.
2. Osobą kierującą pielęgniarki do udzielania świadczeń zdrowotnych będzie:

.....
.....

Lp.	Imię i nazwisko	Kwalifikacje zawodowe, staż pracy i nr prawa wykonywania zawodu

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)

.....
(miejscowość, data)