

**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)