

Załącznik nr 3 do SWKO SP/KD.1141-53/2025
z dnia 11.12.2025 r.

na udzielanie świadczeń przez lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej w Oddziale Rehabilitacji
Neurologicznej Szpitala Powiatowego w Wyrzysku Sp. z o.o.

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

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)