

**OŚWIADCZENIE PODMIOTU WYKONUJĄCEGO DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ  
ZATRUDNIAJĄCEGO PERSONEL PIELĘGNIARSKI/RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH -  
KIEROWCÓW**

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:  
.....  
.....

<b>Lp.</b>	<b>Imię i nazwisko</b>	<b>Kwalifikacje zawodowe i staż pracy</b>

.....  
(podpis i pieczęć Oferenta)

.....  
(miejscowość, data)