

Lp.	Imię i nazwisko lekarza	Nr prawa wykonywania zawodu	Specjalizacja (stopień i rodzaj specjalizacji)

Niniejszym oświadczam, że personel udzielający świadczeń w zakresie objętym przedmiotem zamówienia spełnia wymogi w zakresie kwalifikacji określone w Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert oraz wszystkie przedstawione przeze mnie dane są zgodne z prawdą.

W celu udokumentowania faktu posiadania w/w personelu jest załączenie do umowy potwierdzonych „za zgodność z oryginałem” kserokopii odpisów dyplomów i specjalizacji oraz odpisów prawa wykonywania zawodu.

.....
podpis Oferenta