

***Oferent:***

**OŚWIADCZENIE**  
***(podmiot leczniczy NZOZ)***

Oświadczam, iż zapewniam wyszkolony i wykwalifikowany personel do udzielania świadczeń zdrowotnych, zgodnie ze Szczegółowymi warunkami Konkursu Ofert dotyczące określonego zakresu świadczeń .....

.....  
*miejsowość, data*

.....  
*podpis i pieczęć Oferenta*