

Dnia

OFERENT:

.....

.....

OŚWIADCZENIE OFERENTA *

dotyczy konkursu ofert na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych (lekarskich)
rodzaj: AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA
zakres: GINEKOLOGIA I POŁOŻNICTWO na rzecz pacjentów
„Kleszczowskiej Przychodni Salus” Sp. z o.o. w Kleszczowie

Ja, niżej podpisany oświadczam, iż:

1. posiadam doświadczenie zawodowe w dziedzinie będącej przedmiotem konkursu
.....(lata pracy),
2. realizowałam/em świadczenia będące przedmiotem konkursu ofert w ramach umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych z Narodowym Funduszem Zdrowia; łączna liczba lat realizacji wskazanych umów (lata realizacji umowy).

Czytelny podpis lekarz: _____

**należy wypełnić dla każdego lekarza wskazanego w ofercie; oświadczenie powinno zostać podpisane przez danego lekarza;*