…………………
Data

……………………………………………………………….

Nazwisko i imię osoby zgłoszonej
do realizacji świadczeń

**Oświadczenie personelu zadeklarowanego w ofercie do realizacji świadczeń**

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z harmonogramem pracy wykazanym przez oferenta:

….……………………………………..……..………………….……………….………

*nazwa…oferenta*
do oferty nr…………………………………………………………………………

w rodzaju leczenie stomatologiczne, w zakresie: ……………………………….. złożonej na obszar ………………….…….… woj. świętokrzyskiego i oświadczam, że w przypadku zawarcia umowy z okresem obowiązywania od ………………… r. będę udzielał/a świadczeń w dniach i godzinach wskazanych w w/w ofercie tylko u tego świadczeniodawcy w miejscu udzielania świadczeń zgodnym z ofertą.

W dniach i godzinach wskazanych w przedmiotowej ofercie nie będę udzielał/a świadczeń u innych świadczeniodawców realizujących umowy w powyższym lub innych rodzajach świadczeń.

1. Oświadczam, że moje kwalifikacje zawodowe, wykazane w ofercie, o której mowa powyżej, są aktualne co potwierdzone jest ważnymi, stosownymi dokumentami.

………………………………….

Czytelny podpis osoby zadeklarowanej do realizacji świadczeń

 …………………………………..

 Pieczęć i odpis oferenta