

.....

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 opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, w zakresie: **CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO DLA DZIECI I MŁODZIEŻY - II POZIOM REFERENCYJNY**, złożonej na obszar **grupy powiatów: m. Kielce i kielecki** i oświadczam, że w przypadku zawarcia umowy z okresem obowiązywania **od 01.05.2024 r.** będę udzielał/a świadczeń w dniach i godzinach wskazanych w ww. ofercie, tylko u tego świadczeniodawcy (w wymiarze **godzin/tygodniowo**), 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.

2. 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