

Imię:

Data

Nazwisko:

Oświadczenie personelu

Oświadczam, że w związku ze złożoną ofertą przez Oferenta: do postępowania ogłoszonego w trybie konkursu ofert:

- w rodzaju **ambulatoryjna opieka specjalistyczna**
- na zakres: **świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii**

zobowiązuję się do podjęcia współpracy z w/w podmiotem leczniczym w przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych z środków publicznych ogłoszonym przez Świętokrzyski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia poczynsz **od dnia** w wymiarze zatrudnienia wynoszącym **godzin tygodniowo** oraz następującym szczegółowym harmonogramem [1] pracy:

Poniedziałek: w godzinach od do

Wtorek: w godzinach od do

Środa: w godzinach od do

Czwartek: w godzinach od do

Piątek: w godzinach od do

Sobota: w godzinach od do

Niedziela: w godzinach od do

Jednocześnie oświadczam, że nie zachodzi wobec mnie przeszkoda do zawarcia umowy, o której mowa w art. 132 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz.U. z 2024 r. poz. 146)

.....
(podpis osoby reprezentującej świadczeniodawcę)

.....
(czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)