

Imię:

Data

Nazwisko:

Oświadczenie personelu

Oświadczam, że w związku ze złożoną ofertą przez Oferenta
do postępowania ogłoszonego w trybie konkursu ofert w rodzaju: **profilaktyczne programy
zdrowotne** 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 począwszy **od dnia** w wymiarze zatrudnienia wynoszącym
godzin tygodniowo oraz następującym szczegółowym harmonogramem 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 2025 r. poz. 1461 z późn.zm.)

.....

podpis osoby reprezentującej
świadczeniodawcę

.....

czytelny podpis osoby
składającej oświadczenie