

Imię: .....

Data .....

Nazwisko: .....

## Oświadczenie personelu

Oświadczam, że w związku ze złożoną ofertą przez Oferenta .....  
do postępowania ogłoszonego w trybie konkursu ofert w rodzaju: **leczenie stomatologiczne**  
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 2024 r. poz. 146).

.....  
podpis osoby reprezentującej  
świadczeniodawcę

.....  
czytelny podpis osoby  
składającej oświadczenie