

Imię: .....

Data .....

Nazwisko: .....

## 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 – II poziom referencyjny** złożonej na obszar .....

2. Oświadczam, że w przypadku zawarcia umowy z okresem obowiązywania **od 1 sierpnia 2026 r.**, będę udzielał/a świadczeń w dniach i godzinach wskazanych w w/w ofercie, w łącznym wymiarze zatrudnienia wynoszącym ..... **godzin tygodniowo**, tj.

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 .....

tylko u tego świadczeniodawcy **w miejscu udzielania** świadczeń zgodnym z ofertą, tj.

.....  
(adres miejsca udzielania świadczeń)

3. Oświadczam, że w w/w dniach i godzinach wskazanych w przedmiotowej ofercie nie będę udzielał/a świadczeń u innych świadczeniodawców realizujących umowy w powyższym lub innych rodzajach świadczeń.
4. 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.)

.....  
data i czytelny podpis osoby zadeklarowanej do realizacji świadczeń

.....  
Pieczęć i odpis oferenta