

.....
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....., w zakresie:

.....złożonej na teren powiatu.....
woj. świętokrzyskiego i oświadczam, że w przypadku zawarcia umowy z okresem
obowiązywania od r. będę udzielał/a świadczeń w dniach
i godzinach wskazanych w w/w ofercie tylko u tego świadczeniodawcy 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