

**Załącznik nr 5 do oferty (konkurs nr SPZOZ/ŚZ/19/2017)**

.....  
/miejsowość i data/

**Oświadczenie nr 5 – w zakresie BHP, PPOŻ, medycyna pracy**

1. Oświadczam, że posiadam aktualne zaświadczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem zamówienia;
2. Oświadczam, że posiadam aktualne szkolenie BHP, PPOŻ.
3. Oświadczam, że personel wytypowany do udzielenia przedmiotowych świadczeń lekarskich posiada aktualne zaświadczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem zamówienia;
4. Oświadczam, że personel wytypowany do udzielenia przedmiotowych świadczeń zdrowotnych posiada aktualne szkolenie BHP, PPOŻ.
5. Oświadczam, iż w momencie podpisania umowy dostarczę aktualne zaświadczenie o zdolności do wykonywania świadczeń wydane przez uprawnionego lekarza medycyny pracy - dotyczy wszystkich zgłoszonych do udzielania świadczeń zdrowotnych.

.....  
podpis oferenta lub osoby upoważnionej

\* proszę niepotrzebne skreślić