

**Załącznik nr 1 do oferty (konkurs nr SPZOZ/ŚZ/3/2018)**

.....  
/miejscowość i data/

.....  
(nazwę i adres Oferenta)

**Oświadczenie nr 1**

**Lista personelu, który będzie udzielał przedmiotowych świadczeń zdrowotnych w ramach złożonej oferty**

<b>Lp.</b>	<b>Imię i nazwisko</b>	<b>Nr prawa wykonywania zawodu</b>	<b>Kwalifikacje – posiadana specjalizacja</b>	<b>Nazwa jednostki organizacyjnej, w której będą udzielane przedmiotowe świadczenia</b>

.....  
podpis Oferenta lub osoby upoważnionej