

Załącznik nr 5 do oferty (konkurs nr SPZOZ/ŚZ/ 49/ 2024)

.....
/miejsowość i data/

Oświadczenie nr 5
– dotyczy oferenta korzystającego z własnych pracowników
w celu realizacji zamówienia

Oświadczam, że personel wytypowany do wykonywania przedmiotowych świadczeń zdrowotnych tj. Pani/Pan:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

jest zatrudniony w
(proszę wpisać nazwę oferenta)
na podstawie umowy o pracę.

.....
podpis oferenta lub osoby upoważnionej