|  |
| --- |
|  |

 **Załącznik nr 4**

**OŚWIADCZENIE**

**o spełnieniu wymogów określonych w warunkach konkursu ofert dla świadczeń objętych postepowaniem konkursowym**

Oświadczam, że spełniam wymogi określone wobec Oferentów w Warunkach niniejszego konkursu oraz dysponuję odpowiednimi warunkami lokalowymi, aparaturą i sprzętem medycznym.

Oświadczam również, że personel, którym dysponuję i który został wskazany poniżej spełnia wymogi przewidziane w przepisach prawa dla wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych składaną ofertą.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko imię** | **stanowisko** | **Numer prawa wykonywania zawodu** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

# ……………………………………….

Data, podpis