**OŚWIADCZENIE**

Niniejszym oświadczam, że:

POSIADAM

NIE POSIADAM

doświadczenie w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej w:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | nazwa | okres świadczenia usług |
| ZRM |  |  |
| ZRM |  |  |
| ZRM |  |  |
| SOR |  |  |
| SOR |  |  |
| SOR |  |  |
| LPR |  |  |
| LPR |  |  |
| LPR |  |  |

w wymiarze co najmniej 5000 godzin w okresie ostatnich 5 lat.

………………………………………………………… ……….……………………………………………..

data i miejscowość czytelny podpis Przyjmującego zamówienie