


Spółka Akcyjna
ul. Krupówki 12, 34-500 Zakopane
tel. 796-15-76-096

.....
(nazwa i adres Wykonawcy)

Załącznik nr 4

Oświadczenie

Oświadczam, że w czasie realizacji przedmiotu zamówienia będę dysponował (-a) odpowiednim potencjałem osobowym, tj. min. 2 pielęgniarkami/ pielęgniarzami a każdy będzie spełniał n/w kryteria:

- prawo wykonywania zawodu,
- aktualne zaświadczenie o wpisie do rejestru pielęgniarek prowadzonego przez właściwą okręgową radę pielęgniarek i położnych
- posiadająca wykształcenie średnie i tytuł licencjata lub tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa

.....
Podpis i pieczęć Wykonawcy

