**Załącznik do FORMULARZA OFERTOWEGO**

w postępowaniu konkursowym na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju:

**AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA**

**DIAGNOSTYKA OBRAZOWA**

**na rzecz pacjentów „Kleszczowskiej Przychodni Salus” Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Kleszczowie, ul. Osiedlowa 2**

**OŚWIADCZENIE**

Ja, niżej podpisany oświadczam, iż:

1. Posiadam doświadczenie zawodowe w wykonywaniu świadczeń zdrowotnych zgodnych z przedmiotem konkursu powyżej 5 lat (w tym w trakcie specjalizacji);
2. Udzielam świadczeń opieki zdrowotnej będących przedmiotem konkursu w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia w okresie ostatnich 5 latach;

(czytelny podpis oferenta, data)