Załącznik nr 2 do SWKO nr ŚZ/6/2023

**I. Dane Oferenta:**

Nazwa Oferenta

Adres (siedziby) Oferenta

NIP Oferenta

Oświadczenia:

1. Oświadczam, że posiadam ……………… letnie doświadczenie jako lekarz specjalista (także I lub II stopnia) w zakresie chorób wewnętrznych poprzez udzielanie świadczeń zdrowotnych w podmiotach:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Oświadczam, że posiadam ……………… letnie doświadczenie w zarządzaniu   
   i kierowaniu Oddziałem jako Kierownik lub Zastępca Kierownika w podmiotach:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………..

Data i podpis Oferenta/ osoby, która faktycznie   
w ramach podmiotu leczniczego Oferenta będzie udzielać świadczeń