Załącznik Nr 3 do SWKO o udzielenie zamówienia   
na udzielanie świadczeń zdrowotnych

przez ratowników medycznych

w zespołach transportu medycznego i sanitarnego oraz przy zabezpieczeniach medycznych,

posiadających co najmniej 3 letni staż pracy w ZRM, SOR lub Lotniczym ZRM

....................................................

(miejscowość, data)

**SP ZOZ Stacja Pogotowia Ratunkowego w Częstochowie**

**ul. Kilińskiego 10**

**42-202 Częstochowa**

**Dane identyfikacyjne Oferenta:**

Imię i nazwisko Oferenta ..........................................................................................................

Firma…………………………………………………………………………………………..

Adres Firmy ……………………………………………….....................................................

NIP…………………………………………………………………..

**OŚWIADCZENIE**

Ja, niżej podpisany…………………………………………………….. ……………………

Oświadczam,

iż w ciągu ostatnich 10 lat posiadam co najmniej 3 letni staż pracy w udzielaniu świadczeń zdrowotnych jako ratownik medyczny w zespołach ratownictwa medycznego, szpitalnym oddziale ratunkowym lub lotniczych zespołach ratownictwa medycznego, tj:

…………………………………………………………………………………………………

Nazwa podmiotu – okres od - do

…………………………………………………………………………………………………

Nazwa podmiotu – okres od - do

…………………………………………………………………………………………………

Nazwa podmiotu – okres od - do

…………………………………………………………………………………………………

Nazwa podmiotu – okres od - do

…………………………………………………………………………………………………

Nazwa podmiotu – okres od - do

…………………………………………………………………

*Data, czytelny podpis i pieczęć Oferenta*