Załącznik Nr 3 do SWKO o udzielenie zamówienia na medyczne czynności ratunkowe   
podejmowane przez pielęgniarki systemu w zespołach ratownictwa medycznego

w SP ZOZ Stacji Pogotowia Ratunkowego w Częstochowie

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

(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:

posiadam doświadczenie w wykonywaniu medycznych czynności ratunkowych w zespołach ratownictwa medycznego, lotniczych zespołach ratownictwa medycznego oraz szpitalnych oddziałach ratunkowych, w wymiarze co najmniej 5000 godzin w okresie ostatnich pięciu lat, licząc od daty ogłoszenia zamówienia, tj:

…………………………………………………………………………………………………

Nazwa podmiotu + (ZRM, LZRM, SOR- wymienić) – okres od – do, ilość godzin

…………………………………………………………………………………………………

Nazwa podmiotu + (ZRM, LZRM, SOR- wymienić) – okres od – do, ilość godzin

…………………………………………………………………………………………………

Nazwa podmiotu + (ZRM, LZRM, SOR- wymienić) – okres od – do, ilość godzin

…………………………………………………………………………………………………

Nazwa podmiotu + (ZRM, LZRM, SOR- wymienić) – okres od – do, ilość godzin

…………………………………………………………………………………………………

Nazwa podmiotu + (ZRM, LZRM, SOR- wymienić) – okres od – do, ilość godzin

…………………………………………………………………

*Data, czytelny podpis, pieczątka imienna Oferenta*