*Załącznik nr 3 do zaproszenia do składania ofert*

*Numer referencyjny postępowania :* ***2/NSU/2025***

 …………………………………………………..

*miejscowość, data*

**OŚWIADCZENIE**

**o posiadanych uprawnieniach i kwalifikacjach niezbędnych do udzielenia świadczeń zdrowotnych w zakresie medycyny pracy**

Ja, ………………………..…… w imieniu …………….………………………………
 nazwa podmiotu

z siedzibą ……………………….………………..………., NIP ……………………….
 adres podmiotu

Oświadczam, że posiadam uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielenia świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia czyli:

**Posiadam** dyplom lekarza oraz prawo czynnego wykonywania zawodu na terenie RP oraz dokumentów potwierdzających nabycie fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie stanowiącym przedmiot postępowania.

Czytelny podpis składającego oświadczenie: ………………………..……………