

Załącznik nr 3 do zaproszenia do składania ofert

Numer referencyjny postępowania : 5/NSU/2026

.....
miejsowość, 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: