

Imię: .....

Nazwisko: .....

PESEL:.....

## Oświadczenie personelu

Oświadczam, że w związku ze złożoną ofertą przez:

.....  
.....

do postępowania nr..... ogłoszonego na zakres .....  
na obszarze ..... w miejscu (kod kom org) .....

Zobowiązuję się do podjęcia współpracy z w/w podmiotem w w/w przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych z środków publicznych ogłoszonym przez Łódzki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia od dnia ..... w średniotygodniowym wymiarze zatrudnienia ..... oraz następującym szczegółowym harmonogramem\* pracy:

Poniedziałek: w godzinach od ..... do .....

Wtorek: w godzinach od ..... do .....

Środa: w godzinach od ..... do .....

Czwartek: w godzinach od ..... do .....

Piątek: w godzinach od ..... do .....

Sobota: w godzinach od ..... do .....

Niedziela: w godzinach od ..... do .....

Jednocześnie oświadczam, że nie zachodzi wobec mnie przeszkoda do zawarcia umowy, o której mowa w art. 132 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 ze zm.)

.....

.....

(miejscowość, data, podpis osoby reprezentującej  
reprezentującej świadczeniodawcę)

(podpis osoby składającej oświadczenie)

\* Podać w przypadku świadczeń dla których wymagany jest szczegółowy godzinowy harmonogram pracy w rozbiciu na dni tygodnia