……………………………………

(dane Przyjmującego zamówienie)

**OŚWIADCZENIE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE**

Oświadczam, że zatrudniam kompetentny personel zdolny do wykonywania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem zamówienia.

Lista osób z kwalifikacjami zawodowymi, które będą wykonywać badania:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię, nazwisko osoby** | **Kwalifikacje zawodowe** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

miejscowość, data podpis i pieczęć Przyjmującego zamówienie