……………………… ...............................................

(Nazwa i adres oferenta ) ( miejscowość, data)

 **Spec. Psych. ZOZ w Łodzi**

 **ul. Aleksandrowska 159, 91-229 Łódź**

 (nazwa i adres Udzielającego zamówienia)

  **OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że zobowiązuję się do posiadania aktualnego zaświadczenia od lekarza profilaktyka o braku przeciwwskazań do udzielania przedmiotowych świadczeń zdrowotnych oraz zaświadczenia z przeszkolenia z zakresu Bhp i p.poż od dnia zawarcia umowy na świadczenia zdrowotne oraz przez cały okres jej obowiązywania.

 ……………………………………………….

 ( podpis oferenta)