



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



.....

(Nazwa i adres oferenta)

.....

(miejscowość, data)

.....

.....

(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)