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

(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)