Załącznik 2

Nazwisko oraz imię składającego oświadczenie dnia ………………………

Pesel:

OŚWIADCZENIE

dotyczy postępowania nr: ……………………………......................................................................................... - na realizację świadczeń w ramach umowy w rodzaju: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………., w zakresie: ………….…………………………………………………………………………………………………………………………….

Niniejszym oświadczam, że posiadam co najmniej 3-letnie doświadczenie w pielęgnacji chorych   
w warunkach oddziału szpitalnego lub w ramach stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż świadczenia szpitalne, w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej (**dotyczy tylko pielęgniarek**)

uzyskane w ………………………………………………………………………………………………………………………………………

w okresie od …………………………………………………………… do ………………………………………………………………..

………………………………………………………

Podpis osoby składającej oświadczenie