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

OŚWIADCZENIE

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

Niniejszym oświadczam, że posiadam co najmniej 5-letnie doświadczenie \*/

□ w opiece paliatywnej i hospicyjnej (**dotyczy tylko lekarzy** )

□ w pielęgnacji chorych w oddziale medycyny paliatywnej lub w hospicjum stacjonarnym (**dotyczy tylko pielęgniarek**)

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

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

………………………………………………………

Podpis osoby składającej oświadczenie

\*/ zaznaczyć właściwe