|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (nazwisko oraz imię osoby składającej oświadczenie) |  | (miejscowość, data) |
|  |  |  |
| PESEL |  |  |

**OŚWIADCZENIE**

dotyczy postępowania nr:

na realizację świadczeń w ramach umów w rodzaju:

w zakresie:

Niniejszym oświadczam, że wyrażam gotowość udzielania świadczeń od pierwszego dnia obowiązywania umowy w

(nazwa i adres oferenta)

w tygodniowym wymiarze zatrudnienia/harmonogramu pracy przedstawionym w ofercie, wynoszącym:

W oddziale/zakładzie\* godzin minut

w tym ordynacji dziennej godzin minut   
(z wyłączeniem godzin dyżurowych/z godzinami dyżurowymi\*);

W poradni/pracowni\* godzin minut

(podpis osoby składającej oświadczenie)

**\*Niepotrzebne skreślić**