

**Załącznik nr 4 do oferty (konkurs nr SPZOZ/ŚZ/19/2017)**

.....  
/miejsowość i data/

**Oświadczenie nr 4**  
**– dotyczy oferenta korzystającego z własnych pracowników**  
**w celu realizacji zamówienia**

Oświadczam, że personel wytypowany do wykonywania przedmiotowych świadczeń zdrowotnych tj. Pani/Pan:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....
8. ....
9. ....
10. ....

jest zatrudniony w .....  
(proszę wpisać nazwę oferenta)  
na podstawie umowy o pracę.

.....  
podpis oferenta lub osoby upoważnionej