**Załącznik nr 1**

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że personel lekarski w ilości minimum 10 osób, który będzie realizował świadczenia zdrowotne objęte konkursem ofert, posiada odpowiednie uprawnienia w zakresie niezbędnym do realizacji przedmiotu konkursu ofert.

…………………………………. ………………………………….

*miejscowość, data podpis składającego ofertę*