……………………… ...............................................

(Nazwa i adres oferenta ) ( miejscowość, data)

**Spec. Psych. ZOZ w Łodzi**

**ul. Aleksandrowska 159, 91-229 Łódź**

(nazwa i adres Udzielającego zamówienia)

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że zobowiązuję się do posiadania aktualnego zaświadczenia od lekarza profilaktyka o braku przeciwwskazań do udzielania przedmiotowych świadczeń zdrowotnych oraz zaświadczenia z przeszkolenia z zakresu Bhp i p.poż od dnia zawarcia umowy na świadczenia zdrowotne oraz przez cały okres jej obowiązywania.

……………………………………………….

( podpis oferenta)