

*Wojewódzki Szpital Podkarpacki
im. Jana Pawła II w Krośnie
38 – 400 Krosno, ul. Korczyńska 57*

Lista osób wykonujących usługi

Oświadczam, że niżej wymieniony personel wytypowany do udzielenia przedmiotowych świadczeń zdrowotnych tj. Pani/Pan:

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

- ✓ prowadzi działalność gospodarczą zgodnie z przepisami prawa polskiego i posiada wpis do właściwego rejestru;
- ✓ rozlicza się z odpowiednim Urzędem Skarbowym z należności otrzymanej z tytułu wykonywania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem zamówienia;
- ✓ zgłosił(a) działalność gospodarczą w odpowiednim Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych celem rozliczenia z tytułu ubezpieczenia społecznego i/lub* ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie obowiązujących przepisów z należności otrzymanej z tytułu wykonywania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem zamówienia;

.....
/miejsowość i data/

.....
podpis oferenta lub osoby upoważnionej

- proszę niepotrzebne skreślić

*Wojewódzki Szpital Podkarpacki
im. Jana Pawła II w Krośnie
38 – 400 Krosno, ul. Korczyńska 57*

Lista osób wykonujących usługi

Oświadczam, że niżej wymieniony personel wytypowany do udzielenia przedmiotowych świadczeń zdrowotnych tj. Pani/Pan:

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

posiada odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje zgodnie z obowiązującymi przepisami dla realizacji świadczeń objętych przedmiotem oferty.

.....
/miejscowość i data/

.....
podpis oferenta lub osoby upoważnionej